ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

VIIe série. — Tome I. — 1930

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

SEPTIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

CH. AUDRY (Toulouse) — CIVATTE (Paris) — J. DARIER (Paris)
W. DUBREUILH (Bordeaux) — FAVRE (Lyon) — HUDELO (Paris)
E. JEANSELME (Paris) — LORTAT-JACOB (Paris) — NANTA (Alger)
J. NICOLAS (Lyon) — PAUTRIER (Strasbourg) — PETGES (Bordeaux)
P. RAVAUT (Paris) — R. SABOURAUD (Paris)
A. SÉZARY (Paris) — SPILLMANN (Nancy)
et
SIMON (CLÉMENT) (Paris)
Rédacteur en chef



VIIe SÉRIE — TOME I — 1930

MASSON & Cie

PUBLICATION PÉRIODIQUE MENSUELLE



A NOS ABONNÉS

Dans le numéro de janvier 1928, il y a juste deux ans, nous annoncions une réforme assez importante dans notre organisation pour la publication des références bibliographiques et des analyses. Nous demandions à nos lecteurs de nous faire crédit quelque temps et de ne pas nous juger trop vite. Aujourd'hui, la réalisation de nos projets est accomplie. Cette année nous avons publié près de 5.000 références bibliographiques, en toutes langues, répertoriées par « matières ». Grâce à la bonne volonté d'un groupe de collaborateurs, qui tous ont un nom en Dermatologie, de très nombreux travaux français et étrangers ont été analysés et ces analyses, comme nous l'avions promis, ont paru quatre mois seulement après la réception des travaux originaux, donnant ainsi, dans le délai le plus bref, une idée du mouvement dermato-vénéréologique mondial. Cet effort a été compris : le nombre de nos abonnés augmente régulièrement et les manuscrits nous sont envoyés de plus en plus nombreux. Quelques chiffres marqueront les progrès des Annales. *Alors qu'en 1926 le volume annuel comptait 716 pages, il en comptait 1.156 en 1928 et nous arrivons en 1929 à 1.466 pages.*

Aussi nos éditeurs, MM. Masson et Cie *ont pensé qu'un perfectionnement matériel devait accompagner ces progrès. Dans ce but, la couverture a été changée, aérée et rendue plus lisible. Le format a été légèrement modifié dans le but de rendre la lecture et la reliure plus faciles. Enfin la présentation typographique a été améliorée. Nous croyons que cette petite note peut intéresser les abonnés et les lecteurs de notre Revue au seuil de sa soixante et unième année.*

Clément Simon

TRAVAUX ORIGINAUX

LES RÉINOCULATIONS SYPHILITIQUES

Par MM.

L. LORTAT-JACOB

Jean ROBERTI et POUMEAU-DELILLE

A mesure que la syphilis était plus étudiée et mieux connue, les discussions sur les réinfections passionnaient de plus en plus les syphiligraphes.

Il n'existe guère en effet de question plus importante, plus délicate et plus controversée ; car elle soulève la possibilité de la guérison de la syphilis et dans tous les pays du monde se sont formés deux camps s'opposant les arguments les plus convaincants.

Tout d'abord ces controverses s'appuyèrent uniquement sur les données de la clinique, puis survint la période expérimentale ; actuellement les discussions continuent et les réinfections sont toujours niées par les uns et affirmées par les autres : des explications pathogéniques et des définitions strictes et même trop strictes sont venues encore obscurcir la question.

Nous ne pouvons citer tous les auteurs qui se rangent dans l'un ou l'autre camp, on trouvera ces renseignements historiques dans le rapport de M. Bernard au Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue Française de Bruxelles de juillet 1926, rapport auquel nous avons d'ailleurs fait de larges emprunts.

Si nous faisons abstraction de l'opinion des auteurs du xvie siècle, qui, confondant les manifestations spécifiques avec d'autres affections cutanées, considéraient les réinfections comme fréquentes, la majorité des auteurs du xixe siècle, à la suite de Ricord, niaient la guérison de la syphilis et par voie de conséquence les réinfections, sauf exceptions rarissimes. C'était nettement l'opinion du profes-

seur Alfred Fournier, qui affirmait : « sauf exceptions prodigieusement rares, la vérole ne se double jamais ».

Hors de France cette opinion était soutenue par Hébra, Drysdale, Graziansky, Pellizari..., etc... ; c'est enfin la conclusion de M. Hudelo à la fin de son article des *Annales de Dermatologie* de 1891 où il soutenait les idées de Ricord et de Fournier : « Tout syphilitique, en cours de syphilis, se trouve, du fait même de l'infection dont il est porteur, en état d'immunité absolue et n'est ni réinoculable, ni réinfectable ».

Cependant en France, Diday de 1862 à 1886 combattait la théorie de Ricord et de Fournier et était suivi par Lhoste, Augagneur et Carle (*Précis des maladies vénériennes*, 1906).

Hors de France, les réinfections étaient admises par Hutchinson, Neumann, Kapozi, Finger, Kolner, Neisser, Troisfontaines..., etc.. ; par des auteurs Russes avec Pospelov, Tarnowsky (1898), Posniakoff, Dampteroff...

L'opinion de Ricord était cependant la plus classique et la plus couramment admise. La découverte des traitements modernes allait bouleverser tout ce qui semblait établi sur cette question.

Certains auteurs, comme Marcel Pinard, avaient dès l'apparition des arsénobenzènes signalé qu'on observait « même chez des individus, énergiquement traités pendant plusieurs années par un traitement continu, de vraies réinfections, de véritables récidives ».

On vit, en effet, avec l'usage du 606 se multiplier les observations de réinfections et les discussions recommencèrent.

Parmi les auteurs qui soutiennent alors la possibilité de la réinfection, citons Milian, Emery en France ;

en Allemagne, Benario (1914), Gennerich, Zimmern (1918), Hecht ;

certains auteurs scandinaves : Mullein, Johan, Almkwist, Brunsgaard, Cedercreutz d'Helsingfors ;

enfin, l'école Russe avec Metschersky, Voronoff, Ivanoff (*Société de Dermatologie de Moscou*, 1924), Tchernogouloff, Feldmann d'Odessa..., etc...

Période expérimentale.

L'expérimentation allait apporter un argument de plus aux auteurs soutenant la possibilité de la réinfection, car si Baerens-

prung n'avait obtenu en 1860 que des échecs dans ses nombreuses tentatives d'inoculation, des résultats extrêmement importants étaient, plus près de nous, obtenus par de nombreux savants.

Laissant de côté les résultats très intéressants mais bien discutables des expériences de Fergusson en Angleterre en 1818 et d'Auzias-Turenne en France en 1860, les recherches les plus importantes sur ce point furent faites par Roux et Metchnikoff, surtout par Finger et Landsteiner, puis par Neisser, Deermanx, Halberstœdter, Queyrat (qui inspira les deux thèses de Quentin (Paris, 1905) et de Sabareanu (Paris, 1905), cette dernière rapportant 75 observations), Marcel Pinard (thèse de Paris, 1910).

Enfin très près de nous les travaux de l'école Russe : Bogdanoff (1923), Lipskeroff (1924) et surtout de l'école Japonaise avec Akatsu et Yokota, Yogoro Adachi et surtout Hashimoto, démontraient d'une façon éclatante la possibilité de la réinfection au cours de la syphilis.

Résumons rapidement les résultats obtenus :

1° ... Pendant l'incubation d'un accident primitif une inoculation faite avant le 8e jour qui précède l'apparition du chancre est positive, avec incubation raccourcie du deuxième chancre.

2° ... Après l'apparition du premier chancre, une réinoculation peut être positive pendant 10 à 12 jours.

3° ... A la période secondaire les inoculations sont négatives, l'immunité est complète. Il apparaît bien quelquefois des taches ou des papules ayant peu de caractères spéciaux ; on considère alors que la peau n'est pas en état d'immunité absolue, mais réagit au tréponème exogène d'une façon différente, anormale : « Umstimmung » de Hutchinson et de Neisser ; allergie des auteurs français.

4° ... A la période tertiaire les inoculations redeviennent possibles : Finger et Landsteiner (1906) (*IXe Congrès de la Société Dermatologique Allemande*, à Berne), puis Finger (*Handbuch der Geschlechtkrankheiten*, 1912) montrent que le tégument réagit à l'inoculation, par des accidents de l'époque de la première syphilis où l'on se trouve ; l'inoculation chez un secondaire donne des accidents de type secondaire, chez un tertiaire des éléments de type tertiaire.

Queyrat et Marcel Pinard (*Société de Dermatologie*, 18 mars 1909) inoculent un fragment de chancre syphilitique sous la peau

d'un sujet porteur de lésion tertiaire; 17 jours après se produit en ce point une ulcération tertiaire typique.

Queyrat montre aussi que contrairement à l'opinion de Tarnowsky le traumatisme seul est insuffisant à créer l'accident de réinoculation et qu'il est nécessaire d'inoculer des produits virulents.

Tous ces travaux viennent d'être remarquablement confirmés par les très belles expériences du professeur Hashimoto de Moukden opérant sur l'homme (Recherches expérimentales sur la superinfection de la syphilis humaine. *Japane journal of Dermatology and Urology*, Tokio, juin 1925). Prenant des syphilitiques incontestables Hashimoto fit 27 inoculations de tissus ou de sécrétions riches en tréponèmes; en voici les résultats :

8 cas complètement négatifs.

2 cas réactions temporaires.

4 cas : chancres sans signes de généralisation, ni roséole; deux contenaient des tréponèmes, les deux autres n'en contenaient pas mais avaient la structure microscopique des accidents tardifs.

6 cas : chancre typique renfermant des tréponèmes, suivi d'adénopathie locale puis générale et enfin d'accidents secondaires.

Le professeur Hashimoto conclut formellement à l'existence de la superinfection chez l'homme.

Formes des accidents de réinoculation.

Donc, ces inoculations ne permettent pas de douter du fléchissement de l'immunité chez les syphilitiques et les faits cliniques nous montrent clairement que la vérole ne confère pas une immunité éternelle; le dogme « la vérole ne se double pas », vrai dans l'immense majorité des cas, est loin d'être intangible.

Nous allons voir comment en clinique se présentent les accidents qu'on peut rencontrer.

La confusion dans cette question a été entretenue par une terminologie vague et compliquée; il faut d'abord s'entendre sur la signification des mots.

La *pseudo-réinfection* est une lésion dont l'origine est endogène, il s'agit de tréponèmes du malade qui se sont enkystés à la suite d'un traitement insuffisant et qui pullulent *in situ*.

La *super-infection* est une lésion plus ou moins semblable à un

accident primitif, se développant en un point inoculé par des tréponèmes exogènes, chez un malade non guéri de sa syphilis.

La *réinfection* est une lésion ayant tous les caractères du chancre, survenue après une incubation normale après inoculation de tréponèmes exogènes, chez un malade guéri de sa syphilis.

Pseudo-réinfections.

Ce n'est pas une inoculation de syphilis, son origine est endogène; c'est donc un diagnostic à faire et à éliminer.

Elle comprend deux accidents : le chancre redux et le syphilome tertiaire chancriforme.

Le *chancre redux* a été étudié par Fournier, et si nous voulons rester clairs et ne pas embrouiller une question déjà suffisamment complexe, il faut ne donner le nom de redux qu'aux chancres se développant dans un court délai, quelques semaines au maximum, après la cicatrisation du premier chancre, et exactement sur la cicatrice de ce premier accident.

C'est en général à la suite d'un chancre exubérant, très induré, que des tréponèmes non atteints par le traitement insuffisant, pullulent de nouveau *in situ.*

Certains auteurs ont voulu étendre un peu la définition de Fournier et ne refusent pas le nom de redux à des chancres non situés exactement sur la cicatrice du premier, à condition qu'il soit dans le même territoire lymphatique.

Hecht a montré combien il était difficile, sinon impossible, d'isoler les territoires lymphatiques des régions génitales et que les anastomoses sont d'une telle richesse que ces distinctions semblent bien illusoires.

Ce chancre redux a tous les caractères du chancre syphilitique, mais ne s'accompagne pas de ganglions qui lui soient propres, il persiste simplement l'adénopathie du premier chancre; on peut y rencontrer des tréponèmes à l'ultra-microscope, mais généralement en petit nombre; le Wassermann est souvent négatif.

La *syphilide tertiaire chancriforme* est une gomme qui morphologiquement prend les caractères d'un chancre dont elle est le véritable sosie.

Il n'y a pas de ganglions, on ne trouve pas, sauf de rarissimes

exceptions de tréponèmes à l'ultra-microscope, la réaction de Bordet-Wassermann est variable.

Enfin quelquefois le malade peut donner l'indication qu'il ne s'est pas exposé dans les délais à une nouvelle contagion.

Son évolution, fort longue, sans accident secondaire, viendra encore affirmer le diagnostic.

Nous en avons rapporté un très beau cas, chez un hérédo-syphilitique de deuxième génération; c'était morphologiquement un chancre indiscutable, sans ganglions, sans tréponèmes et évoluant depuis quatre mois sans tendance à la guérison (Lortat-Jacob et Roberti, *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1925, nº 21).

Super-infections.

Pendant l'incubation du chancre le malade reste réinoculable; on peut à peine ici parler de super-infection, la syphilis n'étant pas encore déclarée.

Par contre Ricord soutenait que dès l'apparition du chancre l'immunité absolue était constituée. Ce fait est maintenant reconnu faux et les téguments restent réinoculables (Diday, Du Castel, Pontopidan; thèses de Sabareanu et de Quentin) pendant 5 jours pour Finger et Landsteiner, 29 jours pour Neisser; expérimentant sur l'homme Vidal, Gaucher, Pawloff, etc., fixent le délai à 10 à 12 jours.

Les lésions sont alors minimes; Fournier, Neisser les considéraient comme d'origine endogène fixées par le traumatisme. M. Queyrat a montré par ses expériences qu'il n'en était rien et que le traumatisme sans inoculation de produits virulents était impuissant à les produire. A la période secondaire l'immunité est à son maximum et les réinoculations étaient niées. Les expériences de Clarke, Pontopidan, Finger et Landsteiner montrèrent qu'il n'en était rien et qu'une deuxième inoculation pouvait être suivie à cette période de petits éléments papuleux bruns, infiltrés.

Ces papules ont tous les caractères d'accidents secondaires et sont assez minimes pour qu'on ait pu parler de simples cuti-réactions. Elles démontrent en tous cas comme le disaient Finger et Landsteiner que le tégument, dans les super-infections, réagit suivant la période où en est la première syphilis; car il s'agit incontestable-

ment de super-infections et non de réinfections dont elles n'ont aucun des caractères; ce sont les « Solitär Sekundär Effekt » de Thalmann (*Munsch. Med. Woch.*, 1907), les « Pseudo-chancres » de Fribœs (*Dermat. Zeit.*, juin 1912), les « Papules chancriformes » de Muller.

On peut même se demander si certaines ne représenteraient pas une forme de pseudo-réinfections et ne seraient pas d'origine endogène, constituant de simples erreurs de diagnostic; car de nombreux auteurs : Artz (*Derm. Woch.*, 1921), de La Portilla (*Actas Derm. syph.*, 1921), Covisa, Jaime Peyri (*Actas Derm. syph.*, 1917) en rapportent des cas sans rapports contaminants; avec naturellement toutes les réserves habituelles sur les renseignements erronés donnés plus ou moins volontairement par les malades.

Au cours de la période tertiaire les super-infections sont beaucoup plus fréquentes. Expérimentalement nous avons signalé la très belle inoculation de Queyrat et Marcel Pinard et les remarquables résultats obtenus par le professeur Hashimoto.

On voit qu'ici encore le tégument réagit en donnant une lésion de l'époque où en est la syphilis, ici lésion tertiaire. Cependant dans les expériences du professeur Hashimoto nous voyons signalés six chancres ayant tous les caractères de chancres normaux, tréponèmes, adénopathie locale puis généralisée et suivis d'accidents secondaires; dans ces cas le tégument n'a pas réagi suivant la période de la première syphilis où se trouvait le malade. Il s'agirait alors plutôt de réinfections.

Réinfections.

Cliniquement c'est un chancre typique et non une vague papule discutable, survenant chez un individu syphilitique antérieurement, mais qu'on a toutes les raisons de croire guéri.

Voyons donc quelles conditions sont nécessaires pour porter le diagnostic de réinfection. Elles doivent naturellement être sévères et très strictes pour ne pas multiplier les observations de faits malgré tout assez rares.

Les auteurs les ont multipliées; nous allons les passer en revue tout en discutant leur importance.

1° Le diagnostic de la première syphilis doit être incontestable. Il est certain que cette proposition ne souffre aucune critique.

2° Le traitement doit avoir été énergique et suffisant. Ici nous nous permettrons de demander la définition d'un traitement antisyphilitique énergique et suffisant. Les syphiligraphes ne s'entendent ni sur les modalités, ni sur la durée du traitement.

Il est bien certain que plus le premier traitement aura été violent et prolongé, plus nous pourrons supposer la guérison possible, donc la réinfection. Mais il faut être très prudent en cette matière et on ne saurait écarter la réinoculation par le seul fait que le malade a été croyons-nous, insuffisamment soigné; les cas de Bernard, de Gougerot et Fernet nous donneraient un démenti. La réaction individuelle, complètement ignorée, a une importance peut-être supérieure à celle des doses de médicaments injectées et à la cadence de ces doses.

Ne va-t-on pas jusqu'à parler de guérison spontanée?

3° M. Carle y ajoute la notion temps.

Si nous éliminons le chancre redux, très rapproché de la première infection et qui n'est, comme nous l'avons vu, qu'une pseudo-réinfection, le temps a bien un rôle mais peut-être pas aussi important que cet auteur le voudrait, car il est possible que suivant les individus l'immunité cède plus ou moins vite; nous ne sommes pas plus fixés sur ce point que sur celui du « traitement nécessaire ».

4° Absence de signes cliniques et sérologiques pendant une période plus ou moins longue (plusieurs mois pour Bénario; un an pour Hecht; trente mois pour d'autres; plusieurs années pour Lacapère) et entre les deux syphilis il ne doit pas y avoir eu de récidive, de chancre redux par exemple.

Disons tout de suite que s'il y a récidive ou bien la période sans signe clinique partira de la fin de cette récidive s'il s'agit d'accidents syphilitiques évolutifs dus à un traitement insuffisant ou mal conduit, ou bien il s'agira du cas qui nous occupe s'il s'agit d'une lésion ayant les caractères d'un chancre.

Quand au chancre redux, si nous voulons nous comprendre il faut nous en tenir à la définition de Fournier. Parler de chancre redux après deux ou trois ans est un simple abus de langage.

Quant à la durée de ce silence clinique et sérologique nous avons

vu qu'elle doit être de plusieurs mois à plusieurs années suivant les auteurs.

Nous pensons que le chancre redux et le syphilome tertiaire chancriforme éliminés, toutes lésions ayant les caractères d'un chancre, doivent faire discuter la possibilité d'une réinfection.

5° La guérison de la première syphilis doit s'appuyer sur toutes les garanties, y compris la ponction lombaire et la réactivation. Nous sommes absolument de cet avis, car il ne s'agirait plus alors d'une réinfection mais d'une super-infection ; nous demandons que tous les signes cliniques et de laboratoire soient négatifs.

Mais tous ces signes seraient-ils négatifs, y compris la ponction lombaire et la réactivation, que nous n'oserions affirmer la guérison de la syphilis. Nous dirions que le malade présente, en l'état actuel de la science, tous les signes exigés pour qu'on puisse penser à une guérison possible ; car ces signes, pris séparement ou tous réunis, n'ont pas une valeur absolue et l'évolution ultérieure de la maladie vient quelquefois donner un démenti aux plus stricts examens de laboratoire.

6° L'intervalle entre la fin du traitement de la première syphilis et l'apparition du deuxième chancre doit avoir été assez long (plusieurs mois pour Hell ; 30 mois pour Gennerich et Zimmern ; 5 ans pour John).

Nous voyons encore ici que le délai va de quelques mois à 5 ans. Cette condition nous semble bien secondaire.

7° Il faut qu'il y ait eu possibilité de contamination dans les délais normaux.

Il s'agit d'une condition *sine quâ non* ; le seul point délicat est l'imprécision fréquente et la fausseté volontaire des indications données par les malades.

8° La confrontation du contaminé et du contaminant, lorsqu'elle est possible, ce qui est très rare.

9° La deuxième lésion doit être incontestable : incubation normale, symptômes cliniques typiques, adénopathie satellite, tréponèmes à l'ultra-microscope, Wassermann d'abord négatif, puis devenant positif après 12 à 15 jours.

On ne saurait être trop sévère sur les symptômes capitaux, puisque c'est le diagnostic exact qui en dépend. Tous ces signes sont

absolument indispensables pour affirmer l'existence du chancre, donc de la réinfection.

10° La localisation des chancres doit être différente et même dans des territoires lymphatiques différents.

Nous avons vu ce qu'il fallait penser des différenciations des divers territoires lymphatiques génitaux ; pour le reste il s'agirait simplement de ne pas confondre une réinfection avec une reviviscence tardive de tréponèmes enkystés au niveau d'un accident antérieur. La réalité de ces accidents est très discutable.

11° La roséole doit venir affirmer l'existence de la réinfection.

Lorsqu'on voit un malade chez lequel le diagnostic n'a pas été fait, ou qui, négligent, est porteur d'un chancre depuis six semaines, ne s'en est pas inquiété et présente une roséole, le diagnostic est absolument certain. Mais, lorsque le malade vient consulter dès le début, alors que le chancre fourmille de tréponèmes, que le Wassermann d'abord négatif devient positif et que le porteur est un véritable danger familial et social, est-il un syphiligraphe qui le laissera sans traitement pendant quarante jours pour le simple avantage d'affirmer l'existence d'une réinfection ? Jamais nous ne conseillerons une semblable méthode et mieux vaudrait rester dans l'ignorance qu'acheter une certitude d'un tel prix.

Nous croyons qu'on peut diagnostiquer une réinfection sans attendre aussi longtemps.

12° Enfin les deux syphilis doivent être diagnostiquées par le même médecin ou à défaut par deux médecins compétents.

Toutes ces conditions sont rarement réunies, il faut bien l'avouer. Doit-on repousser le diagnostic de réinfection toutes les fois qu'il en manque une ? Nous ne le pensons pas, car nous venons de voir en les passant en revue que certaines ont plus d'importance que les autres, aussi nous considérons comme suffisantes les conditions suivantes :

1° La première syphilis doit être incontestable ;

2° Le deuxième accident doit être incontestablement un chancre : temps d'incubation normal, aspect clinique, tréponèmes à l'ultramicroscope, adénopathie satellite, Wassermann d'abord négatif, puis positif vers le 12e au 15e jour ;

3° Les deux syphilis doivent avoir été diagnostiquées par le

même médecin ou tout au moins par deux médecins offrant toutes garanties en syphiligraphie ;

4° Si le traitement était retardé au delà du 45e jour des accidents secondaires devraient apparaître.

Enfin la confrontation, lorsqu'elle est possible, a une très grande valeur.

Lorsque ces conditions sont réunies peut-on affirmer qu'il s'agit d'une réinfection ou d'une superinfection ?

Les différences sur lesquelles insistent certains auteurs ne sont pas absolument convaincantes. Ecartons d'emblée des réinfections les cas où le Wassermann est positif au moment de l'apparition du chancre ; mais les autres observations sont bien sujettes à controverses et écarter le diagnostic de réinfection au profit de celui de superinfection parce que le traitement a été insuffisant suppose que nous connaissons le traitement de la syphilis, ce qui est inexact ; il n'y a d'ailleurs pas de traitement suffisant, il s'agit d'une question individuelle. De même repousser ce diagnostic parce que certaines recherches permettant « d'affirmer leur guérison de la syphilis » n'ont pas été faites, laisse supposer que nous possédons le test infaillible de la guérison ; ce qui est absolument faux, car quel est le critérium de guérison ?

Est-ce le traitement, dit suffisant ? Nous avons vu ce qu'il fallait en penser.

Est-ce le silence clinique prolongé après l'arrêt du traitement ? Nous connaissons ces syphilis muettes pendant de longues années qui se réveillent ensuite tardivement.

Est-ce la négativité du Wassermann pendant deux ou trois ans et après réactivation négative ? Mais nous voyons bien souvent des accidents tertiaires, de redoutables complications cardio-vasculaires ou nerveuses s'accompagner d'un Wassermann négatif dans le sérum sanguin.

Est-ce enfin la ponction lombaire ? Excellente méthode d'investigation quand elle révèle une modification du liquide céphalo-rachidien au début d'une localisation nerveuse, nous ne pensons pas qu'on puisse rigoureusement faire d'une ou de plusieurs ponctions lombaires normales un critérium absolu de guérison, car Bernard a rapporté des cas d'accidents nerveux redoutables quelques semaines après une ponction lombaire négative.

Certains auteurs ont voulu ajouter à ces symptômes bien peu certains : la procréation d'enfants normaux avec rapport pondéral normal entre le fœtus et le placenta. Nous ne pensons pas qu'on puisse admettre cela comme un signe de quelque valeur, car si le rapport fœtus-placenta est un chiffre, donc est absolu, on peut se demander : qu'est-ce qu'un enfant normal ? Qui peut affirmer qu'un enfant paraissant normal à la naissance ne présentera pas ultérieurement des accidents plus ou moins imputables à la syphilis des procréateurs ?

Il faudrait des symptômes de valeur absolue ; or nous n'en avons aucun qui permette d'affirmer : ce syphilitique est guéri. Aussi nous semble-t-il difficile de différencier la réinfection et la superinfection uniquement en nous basant sur une guérison que nous sommes incapables de prouver.

Est-il même absolument justifié de les opposer aussi nettement l'une à l'autre ?

Il s'agit là de discussions toutes théoriques.

Nous avons vu qu'il était surabondamment prouvé par les expériences de laboratoire et les inoculations qu'un malade non guéri peut être réinoculé, c'est la superinfection.

Qui nous affirmera qu'un sujet victime d'une réinfection aussi certaine que possible était guéri ? La conception de Hecht : guérison, donc réinfection possible ; réinfection donc guérison certaine, est une simple formule commode. Qui nous dit que ce malade réinfecté alors qu'il présentait tous les signes de la guérison de sa syphilis, n'aurait pas quelques mois ou quelques années plus tard présenté un accident spécifique dû à un réveil de son affection première ?

Nous nous rangeons complètement à l'opinion d'Audry : « Rien, absolument rien ne nous permet d'affirmer que les tréponèmes de la première contamination ne se mettront pas un jour à retravailler pour leur propre compte. Rien ne nous permet d'affirmer qu'une immunité soit toujours totale et toujours définitive. Il y a assurément des variations incessantes et infinies dans l'immunité. Voyez ce que nous apprennent maintenant l'immunité vaccinale et l'immunité variologique, et toutes les immunités connues ».

Nous pouvons dire simplement qu'au moment de la réinfection ou de la superinfection le sujet n'était plus en état d'immunité ;

mais rien ne nous prouve que cet état d'immunité avait complètement et définitivement disparu.

Comment en effet tous les accidents que nous avons en revue peuvent-ils se produire ?

Il est nécessaire que l'immunité ne soit pas éternelle, contrairement au dogme de Ricord et de Fournier.

A cette notion de l'immunité éternelle nous devons substituer la notion de l'immunité décroissante.

D'abord non immunisé au début de la période primitive le malade peut être réinoculé dans les 12 à 20 jours qui suivent l'apparition du chancre ; puis l'immunité s'établit, le malade n'est plus réinoculable : c'est la période secondaire, car nous ne pouvons que difficilement appeler réinoculation les vagues papules décrites par les auteurs à cette période ; puis l'immunité fléchit peu à peu, elle ne disparaît pas encore, mais le tégument réagit à une nouvelle réinoculation sans cependant donner un accident primitif typique, c'est la période allergique : Umstimmung, des auteurs allemands (Hutchinson, Neisser).

Cette allergie elle-même n'est pas uniforme ; progressivement elle s'atténue pour arriver à la disparition complète de l'immunité ; la réinfection est alors possible.

On peut supposer que cette décroissance n'est pas régulièrement progressive et que, tout au moins chez certains malades, il existe de véritables oscillations, le tégument pouvant être allergique à certains moments et ne plus l'être à d'autres.

D'ailleurs, certaines parties du tégument peuvent être immunisées alors que d'autres ne le sont pas encore ou ne le sont plus.

Cette allergie explique que le sujet réagisse à l'inoculation en présentant des accidents spécifiques de l'époque chrologique où il se trouve, secondaires à la période secondaire, tertiaires à la période tertiaire.

Mais alors on ne doit plus faire entrer dans les superinfections les cas d'accidents à type primitif survenant plusieurs mois ou plusieurs années après la première inoculation, le malade n'étant plus depuis longtemps à cette période primitive ; ce seraient donc des réinfections. Aussi nous rangeons-nous entièrement à l'opinion de Mendes da Costa (*Infectio secunda syphilitica*, 1913) et nous refusant à différencier aussi nettement la réinfection et la superinfection

qui ne sont que des modalités différentes des réactions tégumentaires, préférons-nous le terme d'inoculation seconde ou de réinoculation.

Les réinoculations sont-elles fréquentes ?

Nous sommes assez mal renseignés sur ce point :

White (1916) dans sa statistique considérable de guerre rapporte 28 réinfections sur 10.500 syphilis, soit 2,6 pour 1.000 ou 1 cas sur 375.

Driver en Amérique (1924) 13 sur 5.000 syphilis, soit 2,6 pour 1.000 ou 1 cas sur 384.

Cedercreutz d'Helsingfors signale 2 réinfections sur 3.173 syphilis soit 0,6 pour 1.000 ou 1 cas sur 1.586.

R. Bernard : 5 cas sur 3.000, soit 1,66 pour 1.000 ou 1 cas sur 600.

Le pronostic des réinoculations n'est pas nettement établi. Certains ont admis une sorte de balancement entre les deux syphilis, si la première a été grave, la seconde serait bénigne et vice-versa ; ce phénomène est loin d'être prouvé. D'autres au contraire, considèrent que la réinoculation est toujours grave et que des tréponèmes d'une autre origine apportés à un organisme déjà infecté impriment à la maladie une allure défavorable.

Signalons d'ailleurs que ces tréponèmes peuvent n'être pas d'une autre origine dans les observations où un individu ayant contaminé sa femme se réinoculait à cette même source (cas de Hell, Jeanselme, Audry, Arst, F. Lesser, Bering, Perckelet Pavlov, Boas de Sumatra, Ivanoff).

Nous allons maintenant donner quelques observations personnelles de réinoculations.

1° Dol... Fernand, 18 ans.

A présenté en 1921 un chancre traité à Saint-Louis.

Le malade a été traité pendant deux ans à Saint-Louis, par novar, mercure et bismuth.

Sa femme, contaminée, était traitée en même temps que lui.

Il revient à notre dispensaire de Saint-Louis en 1927, n'ayant reçu aucun traitement depuis 4 ans. Il est porteur d'une véritable couronne de chancres mous très suppurants, au niveau desquels il nous est impossible de déceler des tréponèmes.

Nous lui faisons des réactions de Bordet-Wassermann en série.

Treize jours après le Wassermann devient positif.

Mis immédiatement au novarsénobenzol les accidents disparaissent rapidement.

Cette observation est discutable, car il nous a été impossible de trouver des tréponèmes sur les lésions génitales de ce malade ; mais on sait combien il est difficile de les trouver sur une lésion suppurante.

Le Wassermann devenant positif dans les délais normaux et la disparition des accidents par la mise au traitement permettent de penser cependant à la possibilité d'une réinoculation.

2° ALL... Marius, 36 ans.

En 1920 a présenté un chancre mixte de la verge, compliqué de phagédénisme.

Ce chancre a été diagnostiqué à Bordeaux par M. Dubreuil ; on y a trouvé des tréponèmes, et le Wassermann était positif.

Le malade a été hospitalisé pendant 8 mois sans que le phagédénisme cède aux différents traitements institués (novarsénobenzol, mercure, etc.).

La guérison ne s'est produite qu'un an après le début, à Nancy, à la suite d'un traitement local que le malade ne peut préciser. Il s'agissait d'un phagédénisme en rapport avec son chancre mou.

Depuis cette date le malade a reçu 7 ou 8 séries de novarsénobenzol ; la dernière terminée en 1925.

En novembre 1927 le malade présente un chancre de la racine de la verge, volumineux, grand comme une pièce de deux francs en argent ; chancre syphilitique typique cliniquement.

Il existe une adénopathie inguinale qui présente tous les caractères de l'adénopathie spécifique primitive.

Ce chancre date de 14 jours environ.

L'ultra-microscopie montre de nombreux tréponèmes ; la réaction de Bordet-Wassermann est légèrement positive.

Le temps d'incubation est impossible à connaître, ce malade ayant des rapports très fréquents avec des femmes différentes.

Cette observation nous semble beaucoup plus démonstrative : les deux syphilis sont incontestables. Le deuxième chancre est indiscutable, tous les symptômes existent, l'ultramicroscope est positif, le Wassermann devient positif au moment où nous voyons le malade soit vers le 14e jour.

Seule l'incubation est inconnue, par suite de la multiplicité des sources où ce malade a pu se réinoculer.

3° M. B... (Observation de clientèle).

En 1924 a présenté à Berlin un chancre apparu trois semaines après des rapports.

Le diagnostic a été fait par le professeur Pinkus ; l'ultramicroscope était positif, le Wassermann négatif, le chancre datant d'une huitaine de jours.

Le traitement a consisté en trois séries mixtes de 12 injections d'un sel mercuriel injecté dans les muscles et 6 injections de néosalvarsan chacune.

Le Wassermann est toujours resté négatif.

Le 20 août 1927 le malade vient nous consulter porteur d'une lésion préputiale datant de 10 jours, ne siégeant pas au même endroit que la première.

La lésion est partiellement défigurée par le traitement que le malade a appliqué : eau d'Alibour pure, odol et teinture d'iode en applications répétées.

La réaction de Bordet-Wassermann est complètement négative.

Deux ultra-microscopes sont négatifs.

Il existe un ganglion inguinal droit dur, ayant tous les caractères de l'adénopathie syphilitique primitive.

Quatre jours après, soit le 14e jour après l'apparition du chancre, le Wassermann est complètement positif.

Le traitement au novarsénobenzol fait rapidement disparaître la lésion.

Ce chancre avait commencé à se développer 19 jours après un rapport extraconjugal.

Cette observation nous semble très démonstrative ; il n'y manque que la constatation de tréponèmes à l'ultra-microscopie ; mais celui-ci devait être négatif à la suite des traitements extraordinaires que le malade s'était appliqués lui-même.

4° Lav... André, 26 ans.

En 1925 a été soigné dans le service de M. Milian à l'hôpital Saint-Louis pour un chancre de la verge avec ultra-microscope positif et Wassermann négatif.

Il n'a suivi son traitement que pendant 3 mois.

Depuis six réactions de Bordet-Wassermann ont été négatives.

Le malade voyant ses réactions négatives ne se faisait pas traiter.

En novembre 1927 et 18 jours après des rapports avec une femme de passage, apparaît un chancre de la verge absolument typique cliniquement.

Le chancre datant de 6 jours la réaction de Bordet-Wassermann est négative mais l'examen à l'ultra-microscope est fortement positif.

On n'a pas attendu dans ce cas la positivité du Wassermann qui 10 jours après aurait pu affirmer le diagnostic.

5° R..., Français.

Dans les premiers jours de novembre 1920 a présenté un chancre de la verge qui s'est guéri spontanément. Il a été suivi dans les délais normaux de roséole, plaques muqueuses palatines et amygdaliennes. de polyadénopathie.

Le Wassermann était positif.

1921 janvier-février. 4 gr. 50 de novarsénobenzol.

Juillet-août. Une série d'huile grise. 8 novembre, Wassermann négatif.

1922 janvier-février. 4 gr. 50 de novarsénobenzol. Wassermann négatif.

Mars-avril. 7 gr. 90 de novar.

Depuis mai 1922 n'a reçu aucun traitement, 10 Wassermann ont été négatifs, les derniers les 7 septembre 1925 ; 10 mai 1926 et 27 septembre 1926.

Le 9 octobre 1927 apparition sur le fourreau de la verge d'un élément ayant les caractères d'un chancre syphilitique survenu trois semaines après coït avec une femme actuellement atteinte de roséole.

Le chancre date de 5 jours, le Wassermann est négatif, mais l'ultramicroscope montre de très nombreux tréponèmes.

On ne met pas le malade au traitement et 8 jours après le Wassermann devient positif.

Cette observation est typique, la confrontation elle-même ayant pu être faite. Nous ne pensons pas qu'on puisse nous reprocher de n'avoir pas attendu la roséole pour commencer le traitement.

6° M... Auguste, 24 ans.

En janvier 1926 présente un chancre de la verge traité par une série de novarsénobenzol de 6 grammes.

Il s'agissait d'une syphilis présérologique, le Wassermann était négatif l'ultramicroscope était positif.

Depuis la fin de février 1927, le malade se considérant comme guéri car la réaction de Bordet-Wassermann au commencement du traitement l'était encore à la fin, ne revient pas se faire soigner.

Le 11 novembre 1927 il se présente de nouveau dans le service, porteur d'un chancre typique du sillon balano-préputial avec adénopathie satellite datant de moins de 20 jours et apparu un mois environ après un rapport suspect.

L'ultra-microscope est fortement positif ; la réaction de Bordet-Wassermann est encore négative.

Nous ne faisons pas de traitement et le 18 novembre le Wassermann est totalement positif.

7° F... Louis.

En mars 1924, chancre balano-préputial avec bubon inguinal suppuré ; il s'agissait vraisemblablement d'un chancre mixte.

Le malade consulte pour la première fois dans le service en août 1924 il est couvert de plaques muqueuses sur la langue, les lèvres, les amygdales, le palais, de syphilides papuleuses profuses sur le tronc, les membres et la face, avec sur le tronc quelques plaques cutanées de Legendre.

Il présente une adénopathie généralisée et une réaction de Bordet-Wassermann complètement positive.

Le malade est traité par deux injections hebdomadaires d'acétylarsan.

Après 12 injections comme il persiste encore des papules cutanées, le malade est mis sans repos au Quinby dont il reçoit 16 ampoules terminées le 14 février 1925. Les accidents ont complètement disparu.

En mai-juin 1925 on fait une nouvelle série de Quinby semblable à la première. En août la réaction de Wassermann est complètement négative. Le malade à ce moment interrompt son traitement.

Il revient le 15 mars 1926 porteur d'une lésion préputiale ayant tous les caractères d'un chancre syphilitique et survenue 25 jours après des rapports suspects.

L'examen à l'ultra-microscope est positif ; la réaction de Wassermann est négative.

Nous laissons le malade sans traitement et 14 jours après le Wassermann est devenu positif.

Le traitement par le novarsénobenzol fait disparaître rapidement le chancre et à la fin de la première série la réaction de Bordet-Wassermann est négative.

LES BISMUTHS LIPO-SOLUBLES DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Par MM. Clément SIMON et J. BRALEZ
(Travail de l'Hôpital Saint-Lazare).

Le bismuth, introduit en thérapeutique entièrement par l'école française, est maintenant un médicament anti-syphilitique universellement utilisé. Le bismuth est beaucoup employé en France sous forme de sels insolubles ou de métal en suspension dans l'huile. Cependant les inconvénients de ce mode de préparation ne sont pas négligeables : indurations, dépôts définitifs de bismuth dans les muscles, abcès aseptiques. D'autre part les solutions bismuthiques aqueuses, si elles sont efficaces, ont également des inconvénients. Elles sont plus toxiques, provoquent souvent des stomatites, parfois des crises nitritoïdes et leurs effets thérapeutiques sont moins durables.

En avril 1928, nous avons publié à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie les premiers résultats que nous avions obtenus avec une solution de bismuth dans l'huile (camphocarbonate de bismuthyle). Depuis, de nombreuses publications et notamment celles de MM. Levaditi, Louis Fournier et de leurs collaborateurs, de MM. Montlaur, Burnier, etc., sont venues confirmer nos conclusions. MM. Levaditi et Louis Fournier étudiaient d'ailleurs depuis 1924 les bismuths lipo-solubles, mais ils s'étaient abstenus encore de publier leurs résultats, les sels qu'ils avaient employés s'étant alors montré trop douloureux. D'autre part, en 1925, de nombreux travaux allemands avaient paru sur la même question et leurs conclusions sont superposables aux nôtres. Elles tendent à faire prendre aux bismuths lipo-solubles le premier rang parmi les préparations de bismuths.

Il existe actuellement en France quatre composés principaux : le

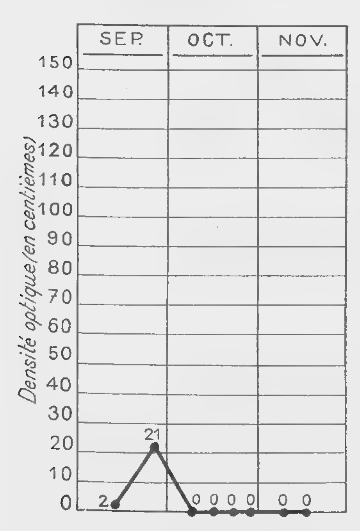


Fig. 1.— Chancre syphilitique vulvaire à la période présérologique.

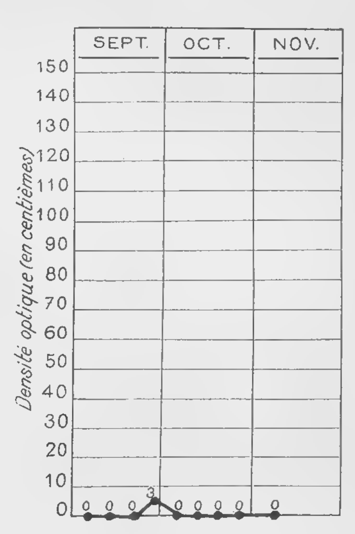


Fig. 2.— Deux chancres syphilitiques de la grande lèvre droite à la période présérologique.

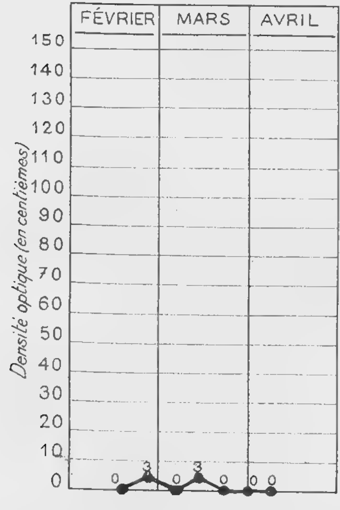


Fig. 3.
Chancres syphilitiques vulvaires.

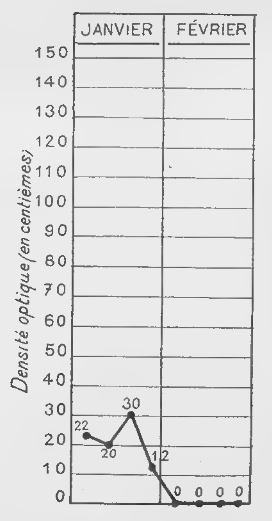


Fig. 4. — Chancre syphilitique de la grande lèvre droite.

campho-carbonate de bismuthyle (Lecoq et Ferrand) ; le campho-carbonate de bismuth (Picon) ; le α-carboxy-méthyl β-méthyl-nonoate de bismuth (Girard) ; et un dérivé bismuthique cinnamique (Azan et Schwartz).

Tous ces composés sont dissous dans l'huile avec laquelle ils forment de belles solutions parfaitement limpides. Leur teneur en bismuth est un peu variable. La préparation dont nous nous sommes servis (Solmuth, de Lecoq et Ferrand) contient environ un tiers de bismuth métal ; chaque centimètre cube contient 0 gr. 12 de campho-carbonate de bismuthyle, soit 0 gr. 04 de bismuth métal.

Toutes les préparations s'injectent dans les muscles fessiers selon la technique habituelle. Les douleurs locales sont peu vives, quelquefois nulles, et comparables en tous cas à celles que provoquent les suspensions. Les nodosités sont moins fréquentes qu'avec celles-ci mais le grand avantage que présentent les bismuths loposolubles c'est d'éviter les dépôts bismuthiques dans les muscles.

On sait en effet que lorsqu'on injecte des suspensions bismuthiques, on peut, par la radiographie, voir des ombres nettes qui persistent pendant plusieurs mois. En outre, l'examen des urines montre que l'élimination est très longue puisqu'on trouve ainsi pendant plusieurs semaines et même pendant plusieurs mois des traces de bismuth.

Au contraire, si l'on pratique ces mêmes recherches à la suite d'injections de solutions huileuses de bismuth, on est surpris de la différence des résultats. Les ombres radiologiques, même tout de suite après l'injection, sont si faibles que de bons observateurs (Galliot) ont pu les nier. Elles existent cependant comme le montrent les belles radiographies de Montlaur sur le lapin parues ici-même. Mais elles sont peu marquées et disparaissent rapidement et complètement. L'élimination urinaire est, comme on pouvait s'y attendre, assez rapide. Déjà 3 heures après l'injection, le bismuth est décelé dans l'urine. L'élimination se prolongerait cependant, d'après Louis Fournier, Guénot, Schwartz et Yovanovitch jusqu'à un mois et demi à deux mois.

L'étude du sort du bismuth lipo-soluble dans l'organisme a été faite d'une façon très ingénieuse par Levaditi et ses collaborateurs. Après avoir pratiqué des injections à des lapins, il les sacrifie de

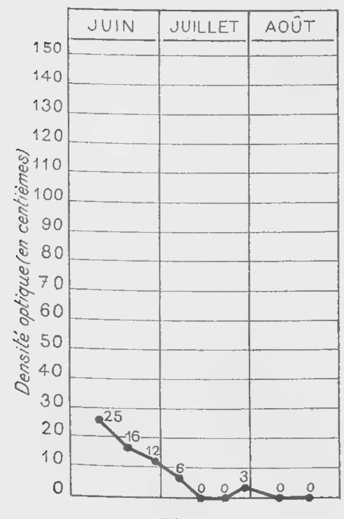


Fig. 5.
Chancre syphilitique vulvaire.

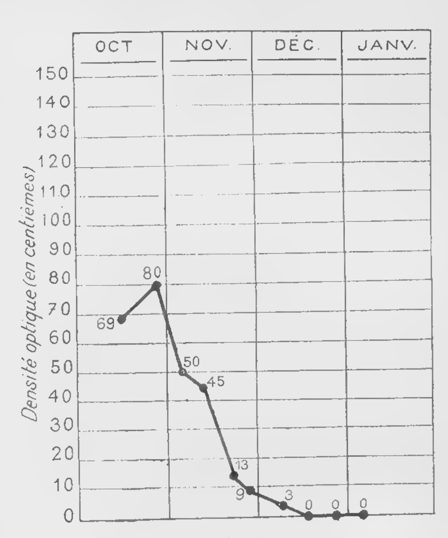


Fig. 6.
Chancre syphilitique vulvaire.

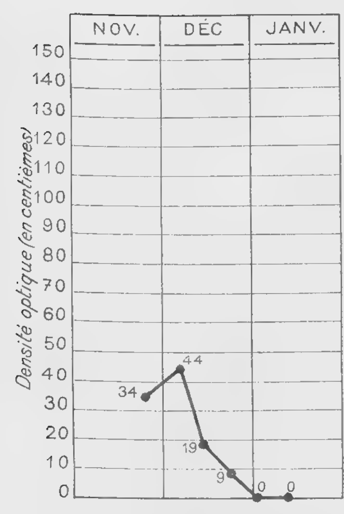


Fig. 7.
Chancre syphilitique vulvaire.

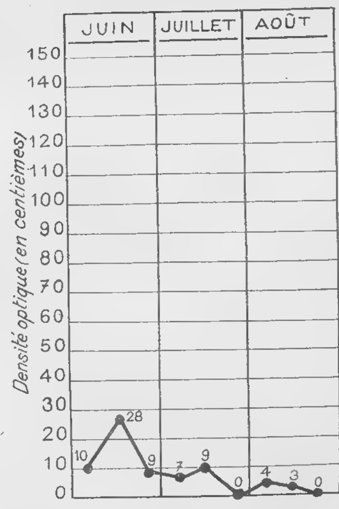


Fig. 8. — Chancre syphilitique de la petite lèvre droite.

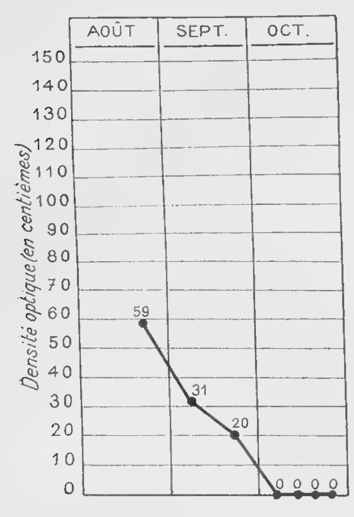


Fig. 9.
Chancre syphilitique vulvaire.

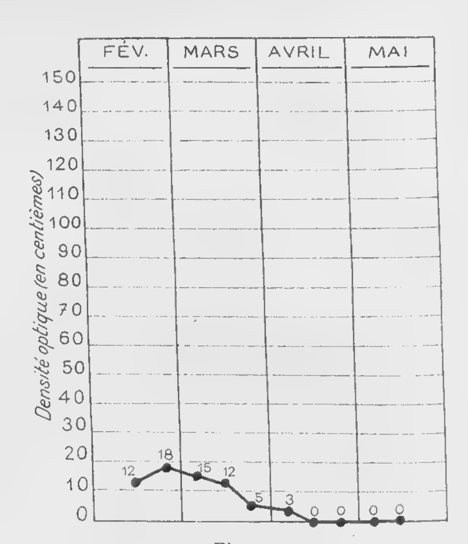


Fig. 10.
Chancre syphilitique de la fourchette.

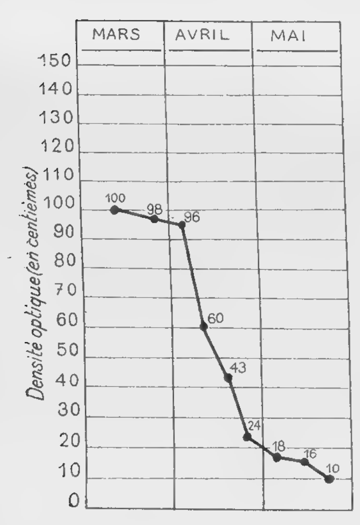


Fig. 11.
Chancre syphilitique vulvaire.

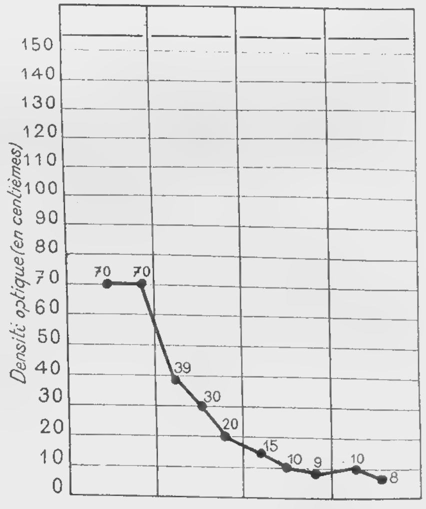


Fig. 12. — Chancre syphilitique du col de l'utérus (tréponèmes constatés).

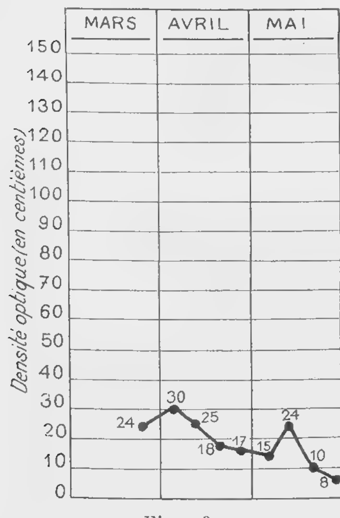


Fig. 13.
Chancre de la vulve.

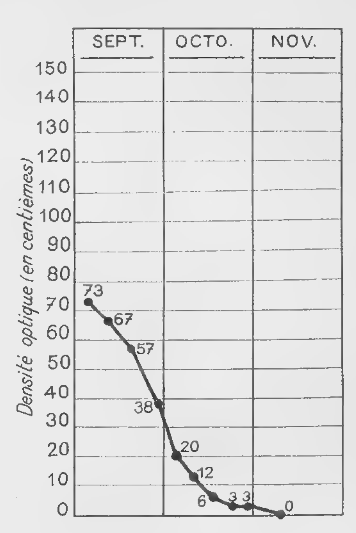


Fig. 14.
Chancre de la grande lèvre gauche.

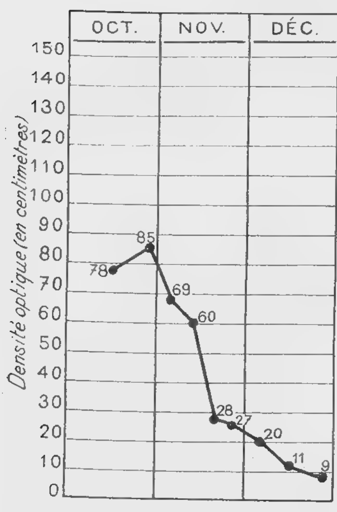


Fig. 15. — Syphilides hypertrophiques vulvaires. Alopécie.

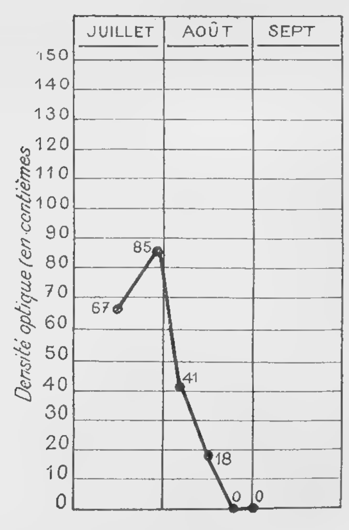


Fig. 16.
Syphilides érosives vulvaires.

24 heures à 43 jours après l'injection et il étudie chez eux, aux points de vue histologique et chimique, l'absorption et l'élimination du métal. Pour cela il examine les muscles, au lieu de l'injection, et les reins. Sans entrer complètement dans les vues de ce savant sur ce qu'il appelle, par une analogie un peu audacieuse, le « potentiel métallique rénal », c'est-à-dire la quantité de microgrammes de bismuth que contient un gramme de substance rénale desséchée, il faut retenir que le rein garde des traces de bismuth pendant assez longtemps (35 microgrammes par gramme au bout de 43 jours).

Les observations microscopiques des muscles ont permis à Levaditi de conclure « que dès les premières 24 heures succédant à l'inoculation du bismuth lipo-soluble dans le muscle, il s'opère une dissociation entre le métal et la graisse lui servant de solvant. Cette dissociation est d'abord peu marquée, partielle ; ultérieurement, elle s'accentue progressivement et aboutit à la formation d'un dépôt bismuthique. Vers la fin de ce processus de résorption, alors que les altérations revêtent un aspect nettement chronique, le bismuth disparaît complètement. La résorption tend donc à devenir intégrale quant au bismuth ; elle ne l'est pas cependant encore quant aux graisses. Tout surprenant que cela puisse paraître, il résulte de nos constatations que l'assimilation des lipoïdes est en retard sur celle du bismuth ».

Levaditi pense que le mécanisme de la résorption a lieu en deux temps. Dans une première phase, le sel de bismuth est rapidement absorbé tout dissous dans l'huile, soit par la circulation sanguine soit par phagocytose ; dans une seconde phase, le bismuth se libère et, sous une nouvelle forme encore non élucidée, s'absorbe plus lentement.

Ces données expérimentales donnent l'explication de l'allure spéciale que prennent les résultats thérapeutiques qui sont caractérisés par leur rapidité et leur durée. La rapidité est fonction de la première phase immédiate de résorption du médicament ; la durée est fonction de la deuxième phase.

Cependant, la clinique n'est pas complètement d'accord avec l'expérimentation. Nous avons par exemple l'impression clinique que l'élimination est plus rapide chez l'homme que chez le lapin. La radiologie nous l'a montré, tout au moins pour ce qui est de la

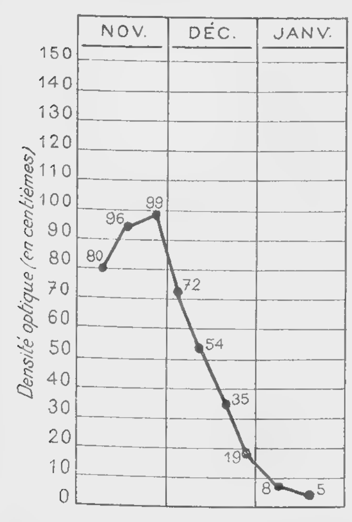


Fig. 17.
Syphilides érosives des petites lèvres.

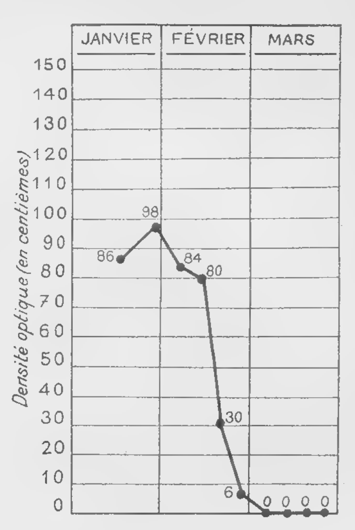


Fig. 18. — Chancre syphilitique
et papules de la grande lèvre droite.

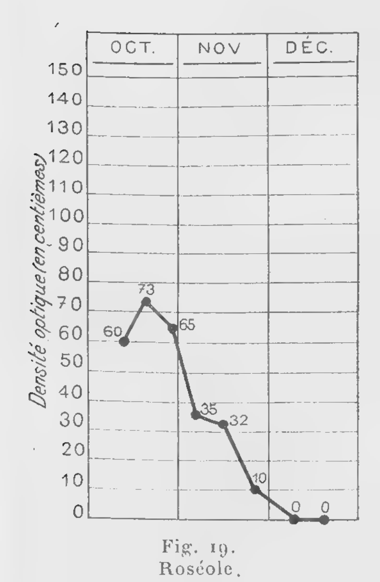


Fig. 19.
Roséole.

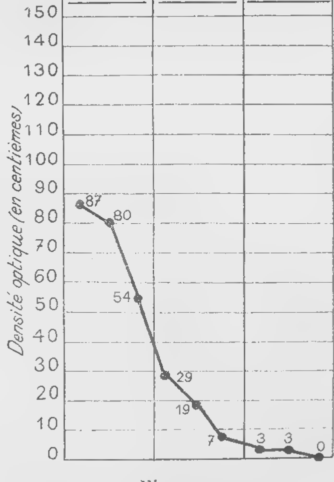


Fig. 20.
Syphilides érosives vulvaires.

disparition du métal au niveau des muscles. Si Louis Fournier a trouvé du bismuth dans l'urine 6 et 8 semaines après l'injection, il s'agit de traces infinitésimales que d'autres observateurs n'ont pas pu trouver même au bout de quelques jours. Nous avons encore un autre argument : nous avons remarqué que la stomatite bismuthique, si elle est plus fréquente avec le bismuth lipo-soluble, a aussi une évolution beaucoup plus rapide, ce qui semble démontrer la plus grande rapidité de l'élimination.

L'action thérapeutique du lipo-bismuth est remarquable. Sa toxicité est faible. Autant qu'on puisse faire fond sur les expériences faites chez le lapin, rappelons que Levaditi a trouvé que le coefficient $\frac{C}{T}$ est égal à 1/25 pour la *spirochétose cuniculi* et à 1/12,5 pour la syphilis expérimentale du lapin, ce qui veut dire que la dose toxique est, dans le premier cas, 25 fois plus forte et, dans le deuxième cas, 12 fois et demie plus forte que la dose thérapeutique.

Nous avons eu l'occasion de traiter environ quatre cents malades avec le bismuth lipo-soluble. La plupart étaient des femmes atteintes de chancres, de syphilides secondaires ou de syphilis latentes avec Wassermann positif. Nous avons aussi traité des malades atteints de syphilis tertiaires cutanées ou viscérales. Nos résultats concordent avec ceux que les autres auteurs ont publiés, notamment en France et en Allemagne. Les chancres se cicatrisent rapidement, en une ou deux semaines, suivant leurs dimensions. Les tréponèmes disparaissent à leur surface après la deuxième ou la troisième injection, parfois après la première. Les syphilides secondaires disparaissent vite, aussi vite que lorsqu'on pratique des injections intraveineuses de 914, avec les mêmes différences suivant la localisation des lésions. Lorsqu'elles évoluent sur les muqueuses ou des régions très vascularisées, elles disparaissent très vite, parfois en quelques jours. Les syphilides palmaires, les syphilides folliculaires montrent, avec ce médicament comme avec les autres, une résistance un peu plus grande.

Nous n'avons pas eu l'occasion de traiter de cas de syphilides ulcéreuses disséminées secondaires, de ce que l'on appelle la syphilis maligne précoce. On sait que ces lésions sont rebelles au mercure mais qu'elles obéissent très bien à l'arsenic et aussi au bismuth insoluble. Il est permis de penser que l'action du bismuth

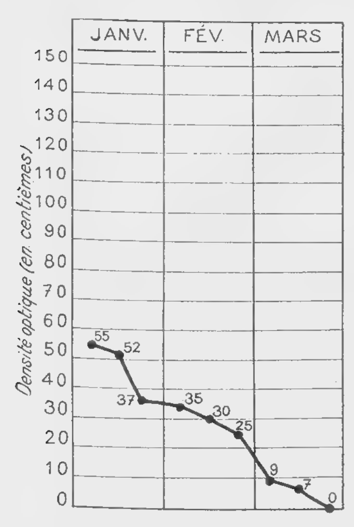


Fig. 21. — Syphilides érosives périanales et papuleuses de la vulve.

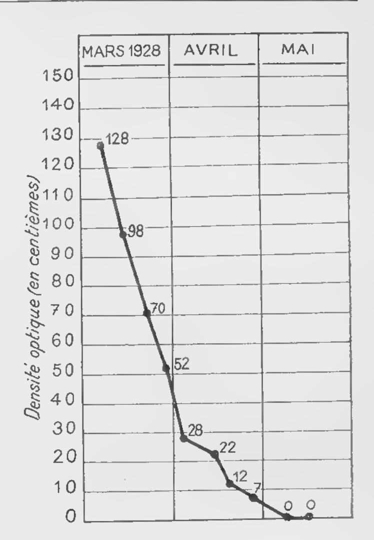


Fig. 22.
Roséole.

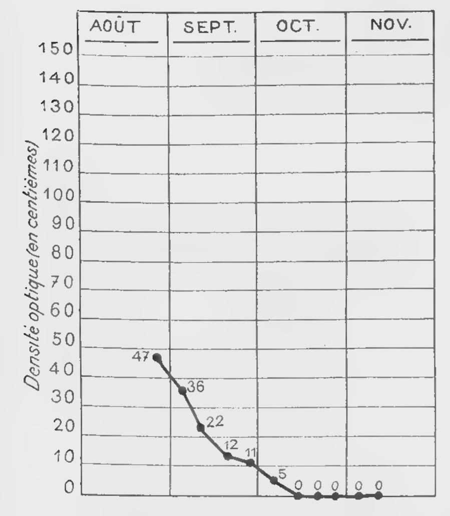


Fig. 23.
Roséole.

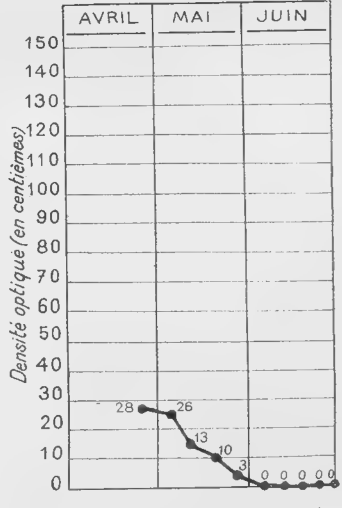


Fig. 24. — Syphilides pigmentaires généralisées.

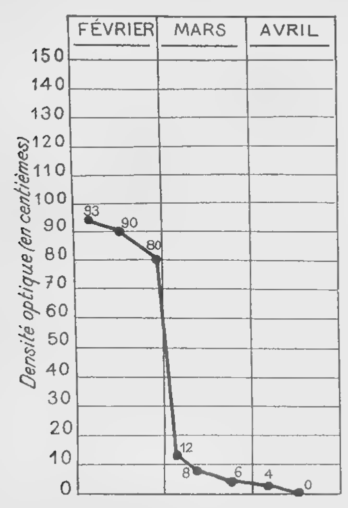


Fig. 25. — Roséole.
Syphilides vulvaires et périvulvaires.

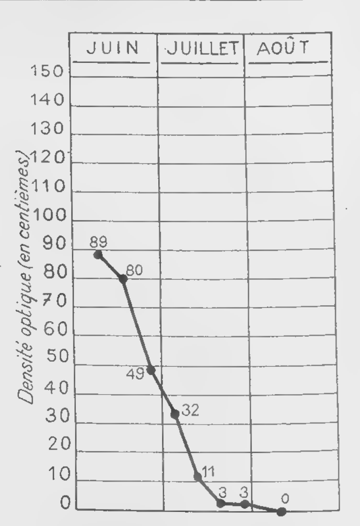


Fig. 26. — Syphilides érosives de la vulve et papuleuses des fesses.

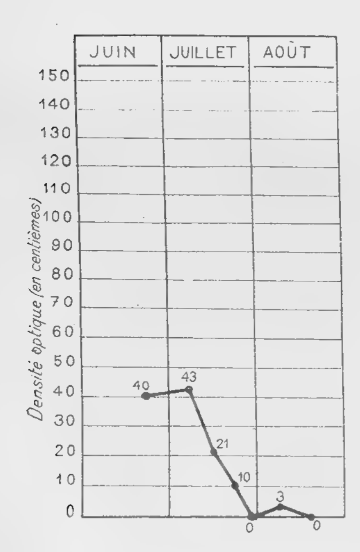


Fig. 27.
Leucomélanodermie du cou.

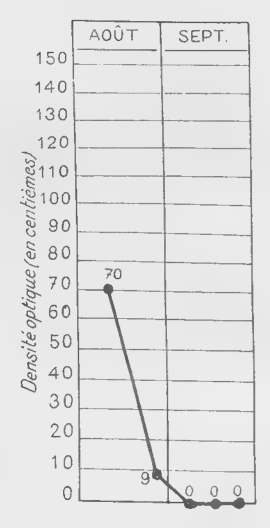


Fig. 28.
Eruption papuleuse généralisée.

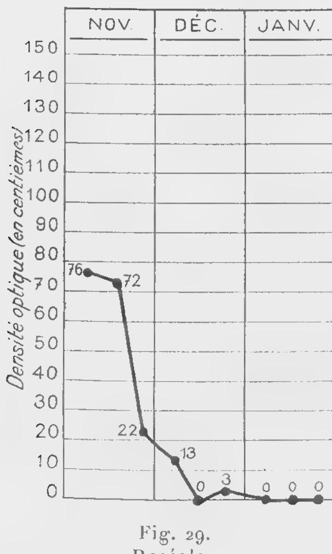


Fig. 29.
Roséole.

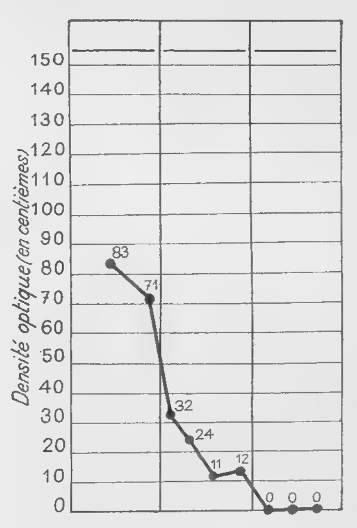


Fig. 30. — Alopécie en clairière et alopécie sourcilière externe.

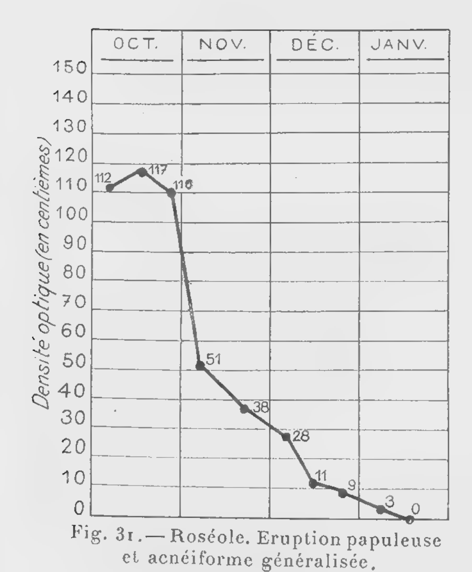


Fig. 31. — Roséole. Eruption papuleuse et acnéiforme généralisée.

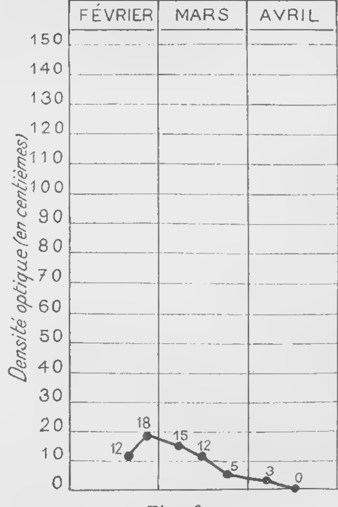


Fig. 32.
Syphilides érosives vulvaires.

lipo-soluble serait efficace, car l'activité du bismuth lipo-soluble est au moins aussi grande que celle du bismuth insoluble, comme nous le verrons bientôt.

Nous avons traité plusieurs cas de syphilis tertiaire de la peau et des muqueuses, des os (ethmoïdites, mandibulite), un cas de syphilis scléro-gommeuse du corps thyroïde avec des résultats comparables à ceux que l'on obtient avec les meilleures préparations arsenicales, peut-être avec un peu moins de rapidité.

Les phénomènes généraux, qui accompagnent parfois l'infection syphilitique ou qui sont la conséquence d'une localisation d'une lésion, disparaissent rapidement sous l'influence du traitement. On note souvent une euphorie évidente, une augmentation du poids et de la quantité des urines.

Nous avons également soigné par le bismuth lipo-soluble des femmes syphilitiques enceintes et nous avons pu mener à bien dans ces conditions, des grossesses et obtenir des enfants normaux.

Notre expérience chez les nourrissons et les petits enfants est insuffisante. Mais nous pouvons rapporter celle de Louis Fournier et de ses collaborateurs. « Même efficacité rapide, écrivent-ils, dans la syphilis du nouveau-né. Ainsi trois ou quatre injections de 1/10 de centimètre cube, c'est-à-dire de 5 milligrammes de bismuth, suffirent à faire disparaître le pemphigus et le coryza que présentaient un enfant de 15 jours ; le foie et la rate, fortement hypertrophiés, avaient considérablement diminué de volume à la fin de la série d'injections et l'état général était aussi satisfaisant que possible ».

Les mêmes auteurs ont empêché l'évolution de la syphilis chez deux femmes qui avaient eu des rapports avec des hommes présentant des chancres riches en tréponèmes.

Nous avons fait des injections de bismuth lipo-soluble à des aortiques, à des tabétiques sans pouvoir conclure dans ces maladies à évolution chronique, mais notre impression est que l'action est comparable à celle des bismuths insolubles.

Nous nous sommes appliqués dans notre service de l'Hôpital St-Lazare, à faire chaque semaine des réactions de Wassermann, de Hecht et de Vernes à tous nos malades en traitement. Nous avons ainsi obtenu plusieurs centaines de courbes qui nous permettent d'avoir une opinion quand à l'action du bismuth lipo-solubles sur

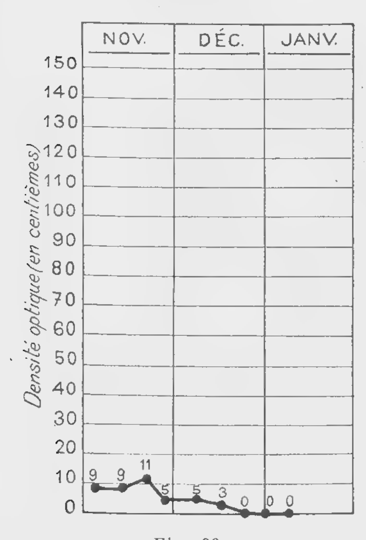


Fig. 33.
Syphilides hypertrophiques périanales.

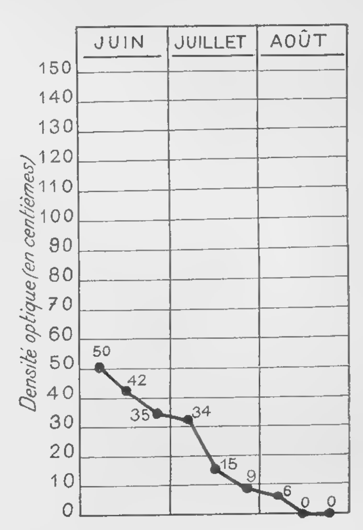


Fig. 34. — Syphilides papuleuses du menton, de la face interne des cuisses; plaques muqueuses des amygdales.

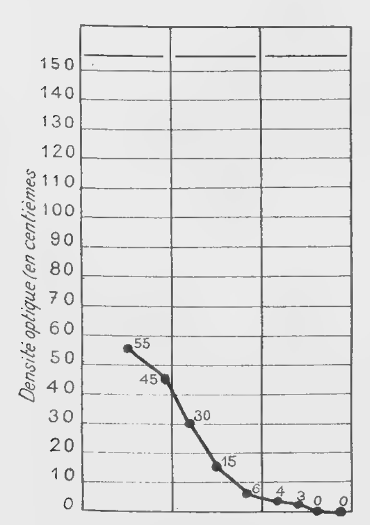


Fig. 35. — Syphilides hypertrophiques de la vulve. Syphilides lichénoïdes des bras et des cuisses. Plaques muqueuses des amygdales. Alopécie sourcilière. Céphalée.

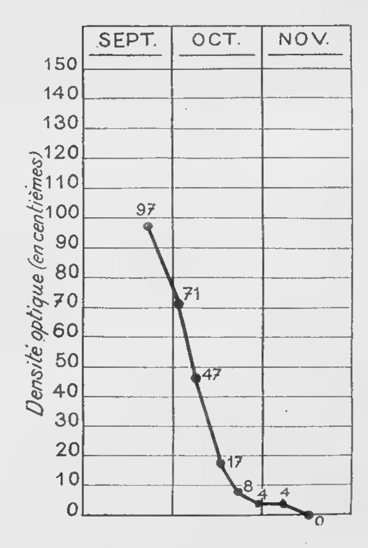


Fig. 36.
Syphilides érosives vulvaires.

les réactions sérologiques de la syphilis à toutes ses périodes. Cette opinion est d'autant plus nette que depuis 1920, tous nos malades d'hôpital ont été soumis aux mêmes examens hebdomadaires, pendant qu'ils étaient traités par les médicaments les plus divers. Nous pouvons ainsi comparer les résultats, selon une méthode que nous avons fait exposer dans la thèse de notre ancien interne Thiollat (Imprimerie Labor, Paris 1926).

Nous nous permettons de rappeler que nous avons proposé, pour expérimenter la valeur des médicaments nouveaux, un test sérologique qui s'ajoute aux tests expérimentaux chez l'animal et aux tests cliniques. Alors que les réactions sérologiques, dès que la syphilis vieillit, n'obéissent plus à aucune règle vis-à-vis des médicaments, il est remarquable au contraire que les syphilis récentes présentent des séro-réactions qui, sous l'influence d'une médication active, s'abaissent à la négativité dans des conditions assez régulières. Prenant comme exemple la médication par les injections intraveineuses de 914 qui est considérée comme la plus active, nous avons montré que les réactions restent négatives dans le plus grand nombre de cas si le traitement est commencé à la période présérologique. Tout au plus observe-t-on, mais rarement, le « crochet » de Tzanck. Lorsque le traitement est commencé alors que les réactions sont déjà positives (s'il s'agit, nous le répétons, d'une syphilis très récente, d'une roséole par exemple ou d'une éruption secondaire apparaissant pour la première fois et non encore traitée), les réactions s'abaissent le plus souvent mais non toujours à la négativité dans un délai de deux à trois mois. Il est parfois nécessaire de recourir à une seconde série. Avec le bismuth en suspension les résultats sont comparables quoique moins rapides. Nous avons montré que souvent, avec la bismuthothérapie, les réactions qui étaient encore positives ou subpositives à la fin de la première série, devenaient négatives, sans nouveau traitement, dans les semaines qui suivaient.

Pour mieux suivre l'action thérapeutique des médicaments, nous avons employé non seulement les réactions de Wassermann et de Hecht, mais la réactions de floculation de Vernes. On sait qu'elle est cotée de 1 à 150 et que cette échelle très étendue permet de lire, dans la positivité, des nuances que ne donnent pas, à moins de les compliquer beaucoup, les réactions classiques. Nous donnons

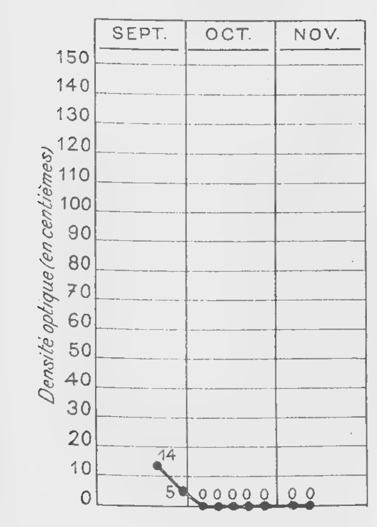


Fig. 37.
Syphilides hypertrophiques périanales.

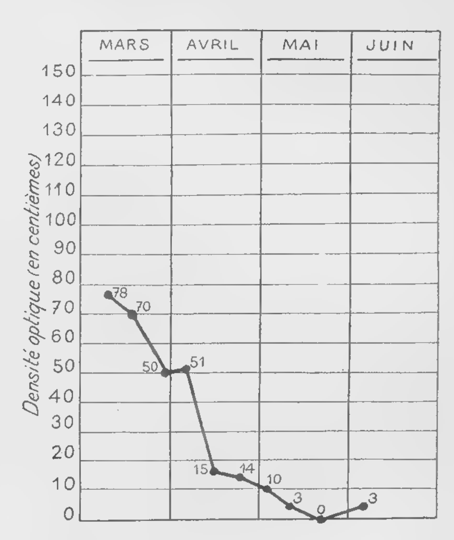


Fig. 38. — Syphilides hypertrophiques vulvaires et périanales. Alopécie diffuse.

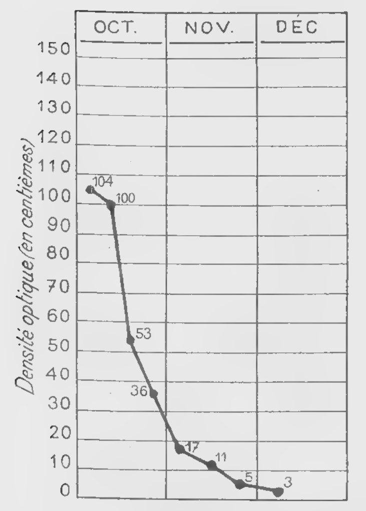


Fig. 39. — Syphilides papuleuses du visage.

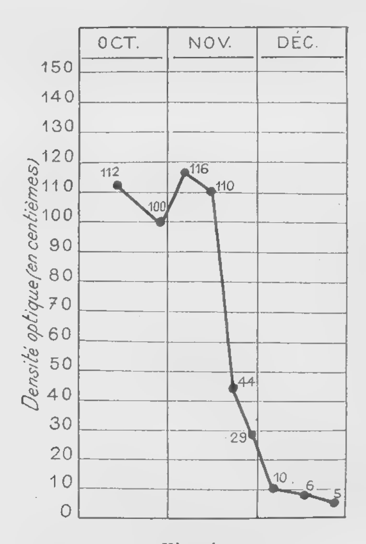


Fig. 40.
Syphilides érosives vulvaires.

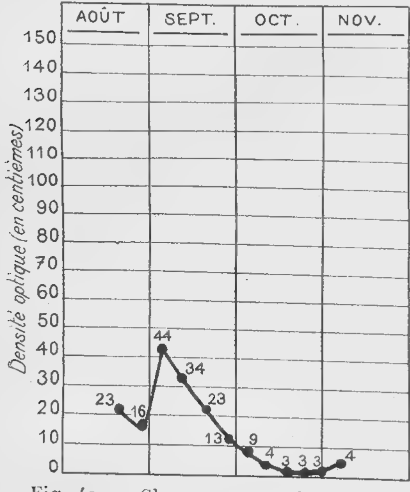


Fig. 41. — Chancre et papules de l'anus.

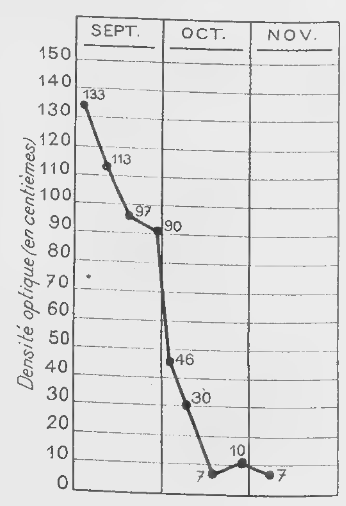


Fig. 42. — Syphilides palmaires.

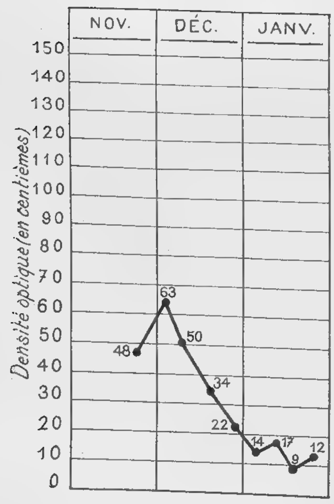


Fig. 43. — Syphilides érosives périanales et vulvaires.

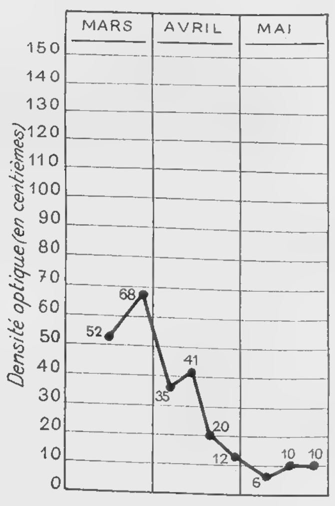


Fig. 44.
Syphilides papuleuses vulvaires.

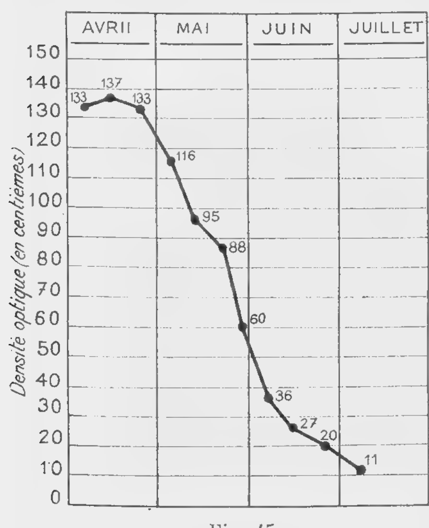


Fig. 45.
Roséole.

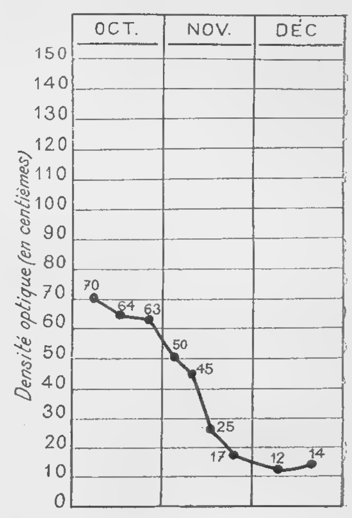


Fig. 46. — Syphilides hypertrophiques vulvaires.

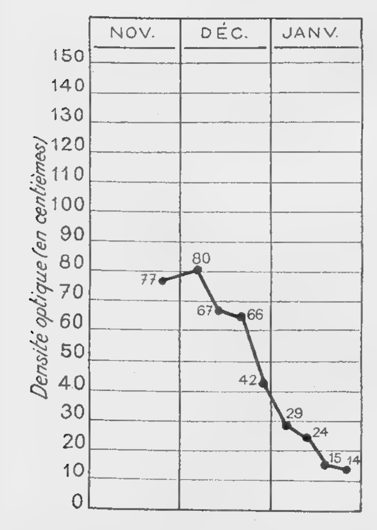


Fig. 47.
Syphilides hypertrophiques vulvaires.

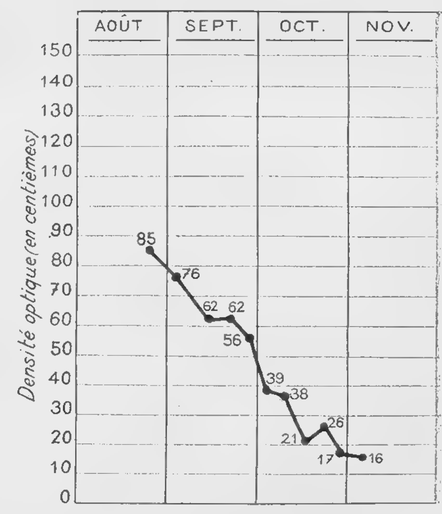


Fig. 48.
Syphilides hypertrophiques vulvaires.

ci-contre les courbes de Vernes concernant 59 malades traitées par le bismuth lipo-soluble, 14 chancres (dont 3 à la période présérologique) et 45 syphilis secondaires récentes avec manifestations cliniques. Les conditions de l'expérience ont été assez rigoureuses : vingt injections, à raison de deux par semaine, de 0 gr. 04 de bismuth-métal. Donc, en général, dix semaines de traitement.

On remarquera que ce délai est court et que, étant donné l'allure générale des courbes, l'on peut dire que la négativité aurait été obtenue dans la presque totalité des cas si on avait continué le traitement plus longtemps ou même si, sans nouveau traitement, on avait pu suivre nos malades. C'est ce que nous avons observé quand nous avons pu revoir nos malades.

Il est intéressant de noter que les trois chancres pris à la période pré-sérologique sont restés négatifs, l'un avec un léger crochet.

L'allure générale des courbes présente une certaine uniformité qu'on peut traduire en disant que la chute est rapide. Cela est surtout notable quand les premiers chiffres sont très élevés. Parfois on voit un crochet qui marque une sorte de réactivation dans la positivité.

En résumé ces courbes sont assez comparables à celles que l'on obtient avec les médicaments les plus actifs.

Louis Fournier écrit même qu'à ce point de vue, le « Bi lipo-soluble semble l'emporter sur tous les autres modes de traitement de la syphilis ».

Sans être aussi optimistes, nous pouvons dire que les réactions négatives de la période primaire restent négatives ; que les réactions positives de la période secondaire s'abaissent à la négativité, dans la majorité des cas, en deux mois et demi environ. Parmi celles qui résistent encore, au bout de ce délai, un bon nombre deviennent négatives dans les semaines qui suivent, même sans traitement nouveau. La plupart ne résistent pas à une deuxième série d'injections.

Nous ne parlons pas des Wassermann de syphilis anciennes dont quelques-unes, avec ce médicament comme avec les autres, sont rapidement négativés, et dont d'autres résistent avec une désespérante ténacité.

Nous pouvons maintenant résumer les avantages du bismuth lipo-soluble. L'absorption du médicament est rapide, plus rapide

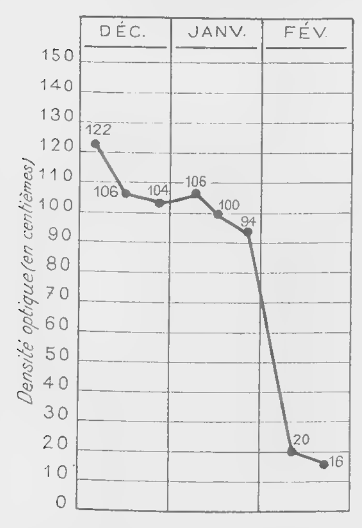


Fig. 49. — Syphilides hypertrophiques ano-vulvaires.

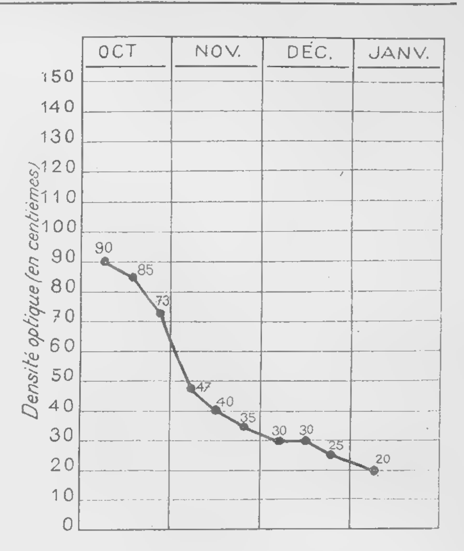


Fig. 50.
Syphilides érosives des petites lèvres.

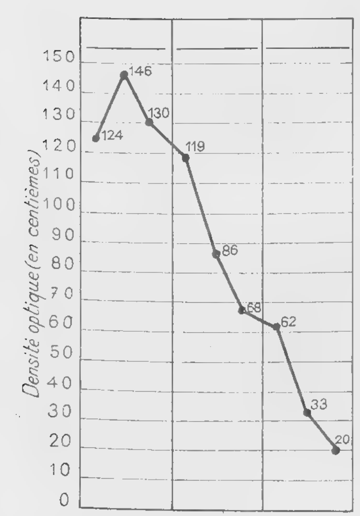


Fig. 51. — Eruption papuleuse généralisée et syphilides papuleuses vulvaires.

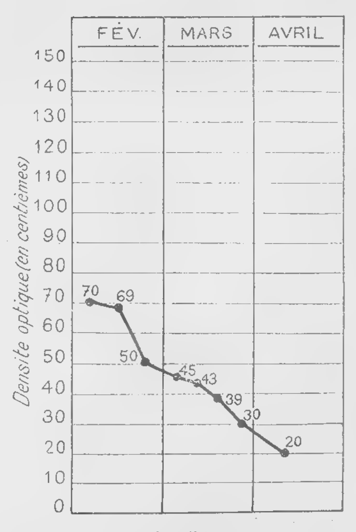


Fig. 52.
Syphilides hypertrophiques vulvaires.

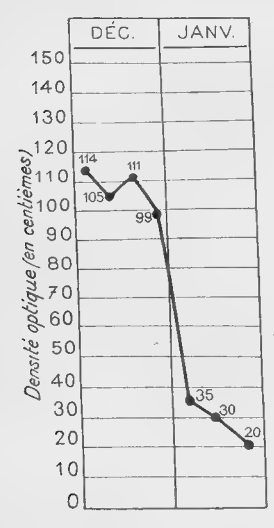


Fig. 53.
Syphilides périvulvaires.

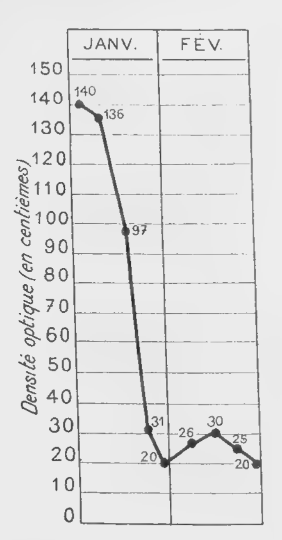


Fig. 54. — Chancre du méat.
Roséole. Papules vulvaires.

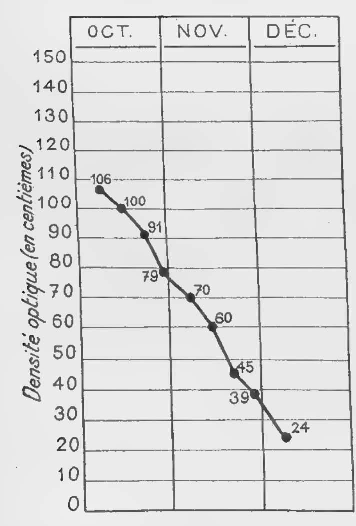


Fig. 55. — Syphilides hypertrophiques vulvaires et éruption papuleuse généralisée.

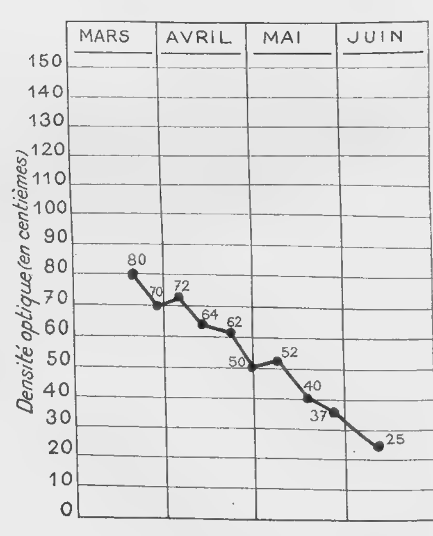


Fig. 56.
Syphilides hypertrophiques périanales.

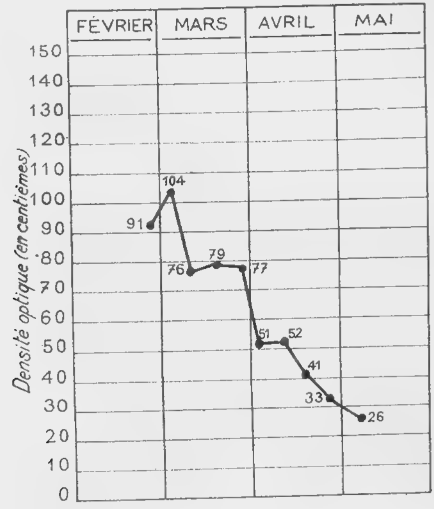


Fig. 57. — Syphilides hypertrophiques de la vulve et des cuisses.

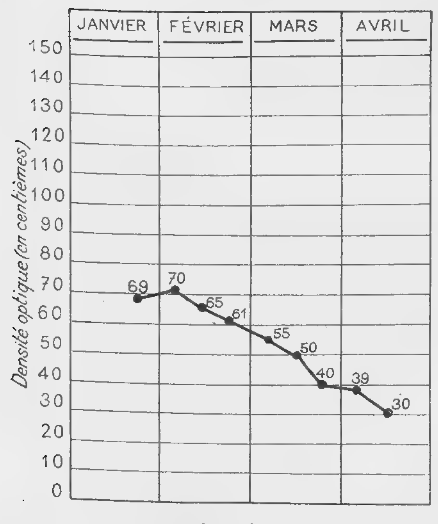


Fig. 58.
Roséole.

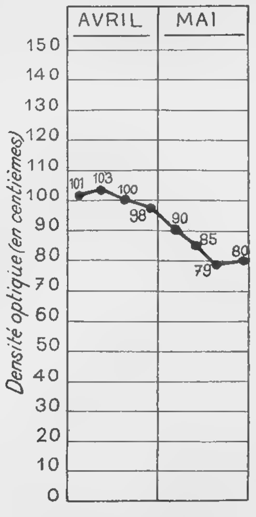


Fig. 59. — Syphilides hypertrophiques périanales.

que celle des bismuths insolubles. L'élimination est plus lente que celle des bismuths solubles dans l'eau, moins lente que celle des bismuths insolubles. Parallèlement, l'action thérapeutique est aussi rapide que pour les solutions aqueuses et presque aussi prolongée que celle des bismuths insolubles. L'influence sur les réactions sérologiques est rapide, évidente et durable.

En face de ces avantages, quels inconvénients trouvons-nous ?

On se rappelle que, en dehors des complications locales, le bismuth, en général, peut provoquer des phénomènes d'intolérance dont les plus fréquents sont : la stomatite, l'albuminurie, des éruptions érythémateuses, de la fatigue, des douleurs musculaires ou névralgiques.

Le bismuth lipo-soluble n'est pas exempt de ces complications. Notamment la stomatite est un peu plus fréquente qu'avec l'emploi des préparations insolubles. Elle apparaît plus rapidement. Mais si on a soin d'interrompre le traitement, elle dure moins longtemps que la stomatite du bismuth insoluble, ce qui s'explique facilement par ce que nous savons.

Les autres complications sont exceptionnelles, si on en excepte la fatigue générale. Les malades se plaignent quelquefois, comme d'ailleurs avec toutes les formes du bismuth, d'un état de lassitude mal définie que l'on combat assez facilement en leur faisant ingérer un peu d'adrénaline. Il est rare que cette asthénie commande l'interruption du traitement.

La posologie du bismuth tend à devenir plus modérée. Il est certain qu'avec les préparations insolubles une grande partie du métal reste inutilisée dans les muscles fessiers. Il est donc inutile d'injecter les doses considérables qui étaient d'usage naguère. Nous pensons qu'avec les bismuths insolubles la dose de 4 à 5 centigrammes de bismuth-métal est suffisante. La plupart des sels liposolubles représentent cette dose dans un volume de 1 centimètre cube d'huile. Par exemple le solmuth contient 0 gr. 12 de campho-carbonate de bismuthyle et 0 gr. 04 de bismuth-métal.

Cette dose est répétée deux fois par semaine si on a à traiter une syphilis au début ou en période d'activité. Pour un traitement « d'entretien » une injection hebdomadaire paraît suffisante. Les « séries » sont les mêmes qu'avec tout autre médicament antisyphilitique.

En résumé les bismuths lipo-solubles réunissent les avantages des bismuths solubles dans l'eau et les avantages des bismuths insolubles. Ils ont la rapidité d'action des premiers et leurs effets se font sentir longtemps comme on le voit pour les seconds. D'autre part leurs inconvénients sont moindres : ils sont moins agressifs pour l'organisme que les bismuths solubles et, d'autre part, ils ne créent pas de dépôts intramusculaires. Enfin, quand les phénomènes d'intolérance ou d'intoxication se déclarent, ils disparaissent plus vite que lorsqu'il s'agit de bismuths insolubles. Pour toutes ces raisons les lipo-bismuths constituent un « juste milieu » entre les préparations connues jusqu'ici et méritent, pensons-nous, de prendre le premier rang.

SUR LA RÉACTION DE HERXHEIMER

Par le professeur BIZZOZERO
Clinique dermosyphilopathique de la R. Université de Turin.
Directeur professeur E. BIZZOZERO.

La réaction de Herxheimer, bien qu'elle ait été l'objet d'études de la part de nombreux auteurs, est encore bien loin d'être rendue claire dans son mécanisme.

Selon les hypothèses données à ce sujet la réaction Herxheimer serait due :

A. — A une action directe du remède spécifique sur le tissu syphilitique

Selon la conception primitive de Herxheimer et Krause, la réaction dépendrait d'une hypersensibilité des tissus syphilitiques vis-à-vis du mercure, hypersensibilité analogue à celle qu'on observe vis-à-vis de la tuberculine, de la malléine, de la trichophytine. Cette interprétation a été partagée par Baum qui croit que la réaction Herxheimer dépend d'une action directe du remède non pas sur le tréponème mais sur le tissu syphilitique ; la réaction inflammatoire ainsi produite conduirait le tréponème à la mort par un processus analogue à celui qu'on vérifie pour le bacille de Koch à la suite des injections de tuberculine.

B. — A une action directe du remède spécifique sur le tréponème

a) *Dissolvante.* — Thalmann, ayant constaté que la réaction de Herxheimer coïncide avec une forte diminution du nombre des tréponèmes, en déduisit que, sous l'action du mercure, ceux-ci sont détruits et mettent en liberté leurs endotoxines qui à leur tour provoquent l'hypérémie, l'infiltration des cellules rondes, l'hypertrophie

et la néo-formation de tissus. Cette théorie a été acceptée par de nombreux auteurs parmi lesquels Lesser, Lindenheim, Truffi, Glaser, Pinkus, Hougton, Welander, Herb.

b) *Stimulante.* — Ehrlich, Wechselmann, Lœb, Iversen rattachent la réaction de Herxheimer à l'emploi de doses trop petites du remède, qui auraient sur le virus une action stimulante et non tréponémicide. Cette hypothèse n'a pas été favorablement accueillie par les autres auteurs en considération du fait que la réaction s'observe aussi à la suite de doses élevées d'arsénobenzols. Micheli et Quarelli considèrent l'excitation des tréponèmes comme momentanée et, l'action du remède se prolongeant, comme le prélude de leur mort.

Gennerich paraît hésiter entre ces deux interprétations.

C. — A UNE ACTION DISSOLVANTE DU REMÈDE SUR LE TRÉPONÈME ET A L'ÉTAT D'ALLERGIE DE L'ORGANISME ENVERS LES ENDOTOXINES MISES EN LIBERTÉ.

Pour soutenir cette hypothèse Kalb fait remarquer l'affinité qu'il y a entre la réaction en question et la réaction du tissu tuberculeux à la tuberculine, basée sur des caractères communs : affinités des altérations histologiques, apparues après une période d'incubation, concomitance de symptômes généraux (fièvre, etc.) absence fréquente de réaction dans les formes graves de tuberculose et respectivement de syphilis.

Malgré tout ceci Kalb ne donne pas comme identiques les deux réactions, car celle du nodule lupique est provoquée par un produit de l'agent spécifique : la tuberculine, tandis que celle du tissu syphilitique se réalise avec différents moyens pharmaco-dynamiques. Une conception analogue a été récemment exprimée par Herxheimer et Martin qui voient eux aussi dans la réaction de Herxheimer l'expression d'une action réciproque entre le tréponème et les cellules de l'organisme infecté, en état d'hypersensibilité, laquelle est activée par l'administration de remèdes spécifiques ou par la stimulation des parasites vivants ou encore par la mise en liberté de grandes quantités d'endotoxines. Jadassohn, dans son étude sur le salvarsan, parle d'une interprétation analogue.

D. — Exclusivement ou d'une manière prédominante
a une vaso-dilatation provoquée par le remède

Pour Kulnew et Domernikowa la cause de la réaction de Herxheimer doit être recherchée dans l'action de l'arsénobenzol sur le système vasomoteur, qui se manifeste par une dilatation vasale autour des lésions. Cette hypothèse trouverait une confirmation dans l'apparition de différents érythèmes à la suite des injections de 606.

De cette conception se rapprochent Friboes, Fränkel et Grouven qui, tout en admettant la possibilité d'une intervention éventuelle d'endotoxines, croient admissible que le salvarsan provoque une dilatation des vaisseaux soit par une instabilité particulière du tonus vasal (Fränkel et Grouven) soit par l'intermédiaire d'une altération des parois des vaisseaux produite par le virus syphilitique.

E. — A l'accumulation du tréponème
dans les voies lymphatiques de la périphérie

Kremer pense que l'injection de mercure, en accélérant la circulation des voies lymphatiques, qui représentent la voie préférée de diffusion du tréponème, provoque une accumulation de tréponèmes vivants à la périphérie : de là une réaction de type exanthème. L'auteur toutefois se contente d'énoncer l'hypothèse sans citer aucune donnée à l'appui.

F. — Au concours de différents facteurs : irritation spécifique provoquée par les toxines mises en liberté par les corps des tréponèmes tués par le remède, action vaso-dilatatrice de celui-ci, action irritante due aux produits de désagrégation cellulaire et peut-être action toxique grace aux impuretés qui sont, en nombre plus ou moins grand, contenues dans les préparations arsénobenzoliques (Martinotti).

G. — Fleischmann et Kreibich ont donné récemment une explication tout à fait différente du phénomène. Ces auteurs, en pratiquant dans 15 exanthèmes syphilitiques une injection intracutanée de 0,2-0,3 d'eau, de solution physiologique, de « aolan »,

constatèrent dans 10 cas l'apparition d'une réaction de Herxheimer évidente; des 5 autres, deux donnèrent une réaction faiblement positive et trois une réaction négative.

Les auteurs trouvent l'explication de ce phénomène dans les recherches de E. F. Müller. Cet auteur a démontré que l'injection intra-dermique exerce sur tout le système parasympathique une stimulation intense, qui se propage, à travers le splanchnique, sur les vaisseaux contrôlés par ce dernier et en provoque la dilatation, l'augmentation de la perméabilité des parois et du nombre des leucocytes dans le sang qu'ils contiennent. Dans toutes les autres parties du corps cette stimulation est tout de suite contrebalancée par les fibres sympathiques, excepté dans les territoires en état d'inflammation, comme les efflorescences de la syphilis, dans lesquelles le tonus du sympathique est si bas qu'il ne répond même pas à l'action de l'adrénaline et où par conséquent il se produit une dilatation vasale et une leucocytose.

La réaction de Herxheimer qui se manifeste après l'administration de mercure, de salvarsan, de bismuth s'expliquerait, d'après les auteurs ci-dessus cités, par un mécanisme analogue, c'est-à-dire par une action directe de ces remèdes sur le système autonome et plus précisément sur la portion para-sympathique ou vaso-dilatatrice. La réaction ne consisterait donc pas en une inflammation, mais au contraire en une hyperhémie persistante. Comme nouvelle preuve de ceci les auteurs disent que les cas qui n'ont pas montré de réaction présentaient une moindre excitabilité du système nerveux, soit congénitale soit acquise, par les actions des précédents remèdes.

Selon cette conception la réaction de Herxheimer perdrait tout caractère de spécificité; elle ne dépendrait pas autant de la qualité de l'antigène que de l'état du système nerveux; en effet elle se vérifierait indifféremment dans les exanthèmes de la syphilis, avec l'injection intradermique de différentes substances, comme dans les exanthèmes non syphilitiques avec l'injection de salvarsan.

Comme on le voit d'après cette revue, on est encore bien loin de l'accord dans l'interprétation du phénomène et le peu d'arguments cités par quelques auteurs pour soutenir leur propre thèse ne sont pas du tout convaincants.

En effet on ne peut considérer comme une preuve l'expérience

de Welander qui en appliquant de petits sacs d'onguent mercuriel et de mercuriol sur les taches de roséole constata souvent une réaction dans la zone d'application. En effet la concentration du mercure qui est en contact avec la roséole est énormément supérieure à celle qui lui arrive par le torrent circulatoire à la suite d'une injection de sublimé; raison pour laquelle il semble juste d'objecter que la réaction qui se produit dans les taches peut être attribuée à l'action irritante aspécifique provoquée par le métal sur une zone qui était déjà le siège d'une inflammation, et non à son action spécifique, de même que l'action irritante d'un sinapisme est capable de provoquer l'apparition de lésions syphilitiques sur la surface d'application. Et cette objection acquiert une plus grande consistance par les expériences de Almkvist d'après lesquelles dans l'intoxication mercurielle la première altération cutanée consisterait en une paralysie du sympathique suivie d'une vaso-dilatation, raison pour laquelle dans un territoire déjà en état de vaso-dilatation, tel que la tache de roséole, l'action du mercure pourrait plus facilement se manifester.

L'interprétation de Fleischmann et Kreibich fut combattue par Hasselmann qui se fonda sur les arguments suivants :

11° Que sur 19 exanthèmes secondaires en un cas seulement l'auteur obtint une réaction douteuse : dans les 18 autres il ne constata jamais de réaction appréciable.

2° Que la réaction de Herxheimer par le salvarsan dans les dermatoses non syphilitiques est une rareté (Ehrhardt, Hesse, Knape et Riker).

3° Que la réaction de Herxheimer ne consiste pas en une simple hyperhémie persistante mais en une réaction d'un foyer inflammatoire, provoquée par des médicaments tréponémicides, qui se développe entre les produits d'échange ou de destruction des Tréponèmes et les cellules des tissus altérées par le virus.

D'autre part, à mon avis, il n'est pas démontré que le mécanisme de la réaction de Herxheimer, provoquée au moyen d'injections intradermiques, soit identique à celui de la même réaction obtenue par des injections anti-syphilitiques, particulièrement de mercure. A ce sujet les auteurs s'expriment très brièvement :

« Die J. H. R. die sehr häufig mit dem ersten Recurrensanfall 6-15. Tagen nach der Impfung auftritt, muss auf antigene Wirkung

bezogen werden, gleich der J. H. R. nach Quecksilber, Salvarsan, Wismut » et, un peu plus loin, « bei der J. H. R. nach Antigen dieses greift am Nervensystem an ».

L'incertitude qui règne autour de la nature de la réaction de Herxheimer doit être recherchée, à mon avis, dans le manque d'investigations expérimentales méthodiques et dans ce que beaucoup d'auteurs ont pris en considération non pas la réaction originelle de Herxheimer consécutive au mercure, mais celle qui suit l'injection d'arsénobenzol dont l'action est bien plus complexe, ce qui fait qu'il est plus difficile de dépister chacun des facteurs d'où dépend la réaction. En effet pour affirmer que la réaction de Herxheimer n'a aucun caractère de spécificité il est nécessaire de démontrer : 1° que la réaction obtenue par les auteurs par l'injection intradermique de liquides indifférents est identique dans son mécanisme à celle provoquée par le mercure ; 2° que des érythèmes de nature différente chez des individus non syphilitiques se comportent vis-à-vis des remèdes anti-syphilitiques, différemment administrés, de la même façon que la roséole syphilitique. Fleischmann et Kreibich affirment, il est vrai, que l'injection de salvarsan provoque une réaction de Herxheimer dans le psoriasis mais, à part le fait que cette réaction n'est pas confirmée par d'autres auteurs, il n'est pas dit pour cela qu'une même réaction se vérifie avec le mercure, vis-à-vis duquel la roséole se démontre si sensible, et qui dans l'organisme manifeste une action, sous beaucoup de rapports, si différente de celle des arsénobenzols.

J'ai cru pourtant intéressant de reprendre la question à sa base, contrôlant les différentes théories au moyen d'expériences qui forment l'objet du présent travail.

Pour les expériences de contrôle je me suis servi des érythèmes obtenus avec la lampe de Gallois. Pour arriver à une intensité de coloris qui s'approche le plus possible de celui de la roséole syphilitique j'ai appliqué sur l'abdomen d'individus non atteints de syphilis une feuille de papier noir criblée de trous de la grandeur d'une lentille, j'exposais le côté ainsi couvert aux rayons ultra-violets et, puisqu'il n'est pas possible d'établir *à priori* la durée de la séance et la distance de la lampe à la peau nécessaires, vu le degré variable de réactivité des différents individus, j'exposais plusieurs zones voisines à l'irradiation respectivement pendant une demi-minute,

une, deux, trois minutes; pour l'expérience je prenais en considération celles dont le coloris approchait le plus de celui de la roséole.

J'ai commencé mes expériences chez des individus qui avaient des érythèmes provenant de rayons ultra-violets en faisant, suivant la technique de Fleischmann et Kreibich, à une certaine distance des plaques deux injections sous-épidermiques de solution physiologique d'un demi-centimètre cube chacune. Pour éviter des erreurs d'appréciation, la constatation du résultat de l'expérience fut faite chaque fois séparément par moi, par mes assistants et par le patient lui-même.

Sur 10 cas expérimentés observés, dans 5, j'eus des réactions très évidentes, dans trois des réactions incertaines, dans deux absence de toute réaction. Dans les 5 cas positifs elle était déjà évidente au bout de 2 h. 1/2 à 3 heures après l'injection et dans deux cas elle persistait encore après 24 heures.

On doit remarquer le fait que le résultat positif de la réaction se montra indépendant de l'intensité du dermographisme, contrairement à ce que trouvèrent Fleischmann et Kreibich dans la roséole syphilitique; sur les cinq cas rapportés, dans trois le dermographisme était peu intense et de courte durée.

J'ai fait la même expérience sur six roséoles syphilitiques et dans l'une d'elles j'ai observé une réaction, déjà évidente après cinq heures seulement, qui persistait encore après 24 heures, chez deux une réaction évidente mais retardée (après 24 heures), chez les trois autres au contraire je n'ai constaté aucune réaction.

Par conséquent il reste établi que les *érythèmes non spécifiques réagissent assez souvent, à la suite de l'injection intradermique de liquides indifférents, avec un coloris plus accentué, d'une manière analogue à celle qui se vérifie quelquefois dans la roséole syphilitique.*

—Dans une deuxième série d'expériences j'ai voulu rechercher si à cette façon parallèle de se comporter des roséoles syphilitiques et des érythèmes provenant des rayons ultra-violets envers la stimulation provoquée par l'injection intradermique, correspondait une analogie sur la manière de se comporter après l'injection endomusculaire de sublimé.

J'ai donc injecté chez 13 individus non syphilitiques, chez lesquels j'avais provoqué les taches érythémateuses, du sublimé à une

dose variant de 2 à 3 centigrammes, qui, comme on le sait, provoque dans la roséole une intense réaction de Herxheimer, et j'ai examiné les patients 3, 7, 24 heures après l'injection. Le résultat fut négatif : en effet chez dix d'entre eux le coloris des plaques ne s'est pas le moins du monde accentué, chez deux on eut une réaction très douteuse.

A cette dernière série d'expériences on pourrait objecter que le mercure peut être inefficace sur le parasympathique chez des individus normaux, mais exercer une action au cours de la période secondaire de la syphilis, pendant laquelle on observe des troubles du système organo-végétatif. Pour effacer ce doute je recourus à l'expérience suivante ; des individus avec des manifestations secondaires ont été soumis à 4 injections de néo dans le but d'éviter, si possible, que les irradiations suivantes pussent provoquer un rappel des tréponèmes au niveau des taches érythémateuses; après une période de 8 à 12 jours après la dernière injection je les exposais, avec la technique habituelle, aux rayons ultra-violets, puis je faisais les injections de sublimé à la dose de 2-3 centigrammes. Chez tous les 7 patients ainsi traités je n'ai pas trouvé la plus légère trace de réaction.

J'ai fait des expériences sur d'autres patients avec le salicylate basique de mercure, qui comme l'a mis en évidence Welander, est particulièrement adapté pour provoquer la réaction de Herxheimer. J'ai traité 8 individus, qui avaient des taches d'érythèmes, avec des doses variant de 0 g. 10 à 0 g. 14 ; de ces individus, cinq ne présentèrent aucune modification de coloris dans les taches, trois au contraire présentèrent une réaction de médiocre intensité, mais évidente.

Ce pourcentage élevé de réactions positives obtenues par le salicylate de mercure en comparaison des résultats négatifs fournis par le sublimé, qui, au contraire, se montre si actif dans la roséole syphilitique, fit naître en moi le doute que la vaso-dilatation provoquée dans les érythèmes communs par le premier sel, plus que par le mercure, ait été produite par le radical salicylique, doute d'autant plus autorisé en ce qu'il est connu que de petites doses d'acide salicylique et de salicylate de sodium dilatent les vaisseaux spécialement ceux de quelques régions musculo-cutanées.

D'ailleurs Pinkus faisait déjà remarquer qu'une partie de l'action hyperémiante et pyrétogène du salicylate de mercure dépend sûre-

ment non pas d'une action spécifique sur le virus syphilitique mais au contraire d'une action toxique particulière du composé qui, à la suite de doses suffisamment élevées, se manifeste chez le plus grand nombre des individus après chaque injection, après la première comme après la dernière.

J'ai continué mes recherches sur dix autres patients avec d'autres sels solubles de mercure et précisément avec le biiodure de mercure à la dose de 3 centigrammes, avec le benzoate à la dose de 3 centigrammes, le novasurol à la dose de 2,2 cc. Les résultats furent concordément négatifs car, à l'exception d'un cas où l'on constata une légère accentuation de coloris des taches pouvant se rapporter plus qu'à tout autre chose, à une longue marche faite pendant les heures chaudes de la journée, dans les 9 autres cas le coloris se maintint parfaitement le même.

Puisque l'emploi à doses élevées des sels solubles de mercure, qui réalise les conditions les plus favorables pour l'apparition de la réaction de Herxheimer dans la roséole syphilitique, ne provoque dans les érythèmes non spécifiques aucune réaction, tandis que le salicylate de mercure est le seul composé capable d'accentuer parfois le coloris de ces érythèmes, l'opinion reste confirmée que la réaction obtenue par le salicylate basique est l'expression d'une action exercée non pas par le mercure, mais par le radical salicylique, raison pour laquelle les résultats obtenus avec ce sel ne doivent pas être pris en considération aux effets de mes recherches.

En résumé : *les érythèmes non spécifiques ne réagissent pas aux injections endomusculaires des sels dissous de mercure, même s'ils sont injectés à doses élevées ; ceci parle contre la théorie de Fleischmann et F. Kreibich et laisse plutôt croire que la réaction de Herxheimer, selon la vieille théorie, est provoquée par une action directe du mercure sur le tréponème ou sur le tissu syphilitique.*

— Pour approfondir l'étude de ce problème de ce côté-là, je couvris, sur le thorax d'individus atteints de roséole syphilitique, deux à trois zones d'environ 10 centimètres de côté d'un onguent mercuriel étendu avec de la vaseline dans la proportion de 1 : 50, 1 : 100, 1 : 500 (teneur en mercure métallique 1 0/0, 1 : 200, 1 : 1.000) et en un autre point du thorax je couvris, pour contrôle, une zone égale de vaseline pure. Avec ce procédé, je me proposais d'éliminer *à priori* l'objection dont étaient susceptibles les résultats de Welan-

der, qu'une réaction éventuelle devait se rapporter à une action irritante aspécifique du mercure dépendant de la concentration trop élevée, et en second lieu, je me proposais encore d'exclure qu'une réaction put éventuellement provenir de la vaseline avec laquelle l'onguent mercuriel avait été étendu. Je lisais les résultats après 14-16 heures.

Les patients mis en expériences furent au nombre de dix, dont huit donnèrent une réaction très évidente, un une réaction incertaine et un une réaction nulle. La réaction était exclusivement localisée aux régions enduites d'onguent mercuriel et se manifestait, comme toujours, par une augmentation d'intensité du coloris des plaques et par l'apparition de nouvelles plaques, et en quelques cas, non en tous, montrait une intensité proportionnelle à la concentration de l'onguent employé. Dans le seul cas où la réaction manqua complètement, il s'agissait d'une roséole de retour à gros éléments et d'un coloris plutôt sombre, c'est-à-dire d'un type qui, comme on le sait d'après les recherches de Welander et les miennes, réagit peu ou pas aux injections mercurielles. Les zones de roséole simplement enduites de vaseline ne présentent aucune trace de réaction.

J'ai fait la même expérience en employant même de l'onguent mercuriel plus concentré (1,50 — 1,100) sur quatre individus non syphilitiques chez lesquels j'avais provoqué les taches habituelles par les rayons ultra-violets ; eh bien, chez tous les quatre indistinctement je n'ai constaté aucune trace de réaction.

Il résulte pourtant que *la roséole syphilitique au contact d'une pommade au mercure même à de très basses concentrations, réagit par une réaction de Herxheimer typique tandis que les érythèmes inflammatoires non spécifiques restent non modifiés même en face de concentrations bien supérieures.*

Les résultats, qui démontrent la grande sensibilité de l'exanthème syphilitique vis-à-vis du mercure administré par voie transcutanée, confirment ceux que j'ai publiés, il y a plusieurs années, sur la possibilité de provoquer une réaction de Herxheimer par des doses extrêmement basses de mercure introduit par voie endomusculaire (1 mgr. de sublimé).

Etant donc démontré :

1° que la roséole syphilitique et les érythèmes non spécifiques se

comportent de la même manière vis-à-vis des injections intradermiques de liquides indifférents en donnant lieu, dans nombre des cas, à une réaction évidente ;

2° qu'au contraire, ils se comportent différemment vis-à-vis du mercure en ce que : *a*) de très basses concentrations de mercure métallique (1,500-1.1,000), appliquées par voie percutanée, provoquent une réaction de Herxheimer évidente dans les taches roséoliques qui sont venues en contact avec elle, tandis que des concentrations 5-10 fois supérieures ne modifient en rien les érythèmes non spécifiques ; *b*) que de manière analogue (comme d'après mes anciennes recherches) même des doses très petites de sublimé (1 mgr.), administrées par voie endomusculaire, sont suffisantes pour provoquer une réaction de Herxheimer typique dans la roséole syphilitique, tandis que des doses bien plus élevées du même sel se montrent inactives envers les érythèmes spécifiques, on *en déduit que différent est le mécanisme qui préside à la réaction de Fleischmann et Kreibich et à la véritable réaction de Herxheimer et que, en conséquence, ces réactions, bien qu'elles prennent le même aspect, ne sont pas identifiables entre elles : la première est due à une stimulation du parasympathique, selon Müller et autres auteurs, la deuxième à une action spécifique du mercure sur l'exanthème syphilitique.*

— J'ai cru encore intéressant de rechercher si la réaction de Herxheimer dépendait d'une action directe du mercure sur le tissu syphilitique, comme le voudrait Baum, ou bien d'une action exercée par le mercure sur les tréponèmes, consistant ou en une stimulation de l'activité du tréponème ou dans sa destruction suivie de la mise en liberté des toxines.

Dans ce but, j'ai fait les expériences suivantes : je faisais sur le dos du même individu syphilitique six injections (trois de chaque côté, symétriquement), d'un vingtième de centimètre cube de Luotest de Vienne ou bien de liquides extraits par aspiration de plaques muqueuses riches en tréponèmes, alternativement réchauffé plusieurs fois à 50° et refroidi par un mélange de glace et de neige carbonique. 24 heures après, des lésions inflammatoires s'étant formées, dont quelques-unes étaient représentées par des plaques érythémateuses, d'autres par des nodosités érythémateuses plus ou moins profondes, j'appliquais sur celles de gauche un onguent mercuriel étendu avec de la vaseline dans la proportion de 1 : 50-1 : 100

(notablement supérieure par conséquent à celle suffisante pour provoquer la réaction sur les plaques de roséole) et sur celles de droite, par contrôle, la même vaseline employée pour étendre l'onguent. Chez les huit patients ainsi traités, je n'ai jamais rencontré la plus petite différence entre l'une et l'autre série de lésions.

Donc, comme l'aspect que prennent ces dernières se rapproche beaucoup de celui des lésions syphilitiques et puisque leur apparition est due, de même que pour celles-ci, à des phénomènes d'allergie dans l'organisme syphilitique provoqués par un matériel spécifique (mort dans le premier, vivant dans le deuxième cas), je crois que ces lésions peuvent être considérées comme constituées par un vrai tissu syphilitique avec exclusion du tréponème vivant.

Et comme elles ne réagissent pas du tout au mercure, tandis que les lésions roséoliques manifestent des réactions très évidentes, même à une concentration bien inférieure, on en conclut que *la réaction de Herxheimer est due à une action directe du mercure, non pas sur le tissu syphilitique, mais sur le tréponème.*

Cette expérience pose encore en relief la différence entre la réaction de Herxheimer et la réaction à la tuberculine qui, au contraire, se vérifie même dans les points qui ont déjà été les sièges d'une précédente réaction.

En quoi consiste exactement cette action du mercure sur le tréponème, on ne peut l'affirmer d'une manière précise.

S'agit-il d'une destruction des tréponèmes, avec émission successive d'endotoxines, comme le veulent quelques-uns, ou bien d'une stimulation de ces tréponèmes produite par des doses insuffisantes du remède ?

En faveur de la première hypothèse est le fait que des doses élevées de sublimé par voie endomusculaire donnent une réaction plus intense que des doses faibles (Bizzozero), en faveur de la deuxième que des doses très faibles de sublimé (1 mgr.), qui, vraisemblablement, ne devraient pas manifester une action tréponémicide, sont déjà suffisantes pour donner une réaction (Bizzozero). Toutefois, respectivement en faveur des deux hypothèses parlent les résultats de mes recherches actuelles en ce qu'elles ont démontré que souvent la concentration de 1 : 50-1 : 100 de mercure métallique par voie transcutanée donne souvent une réaction plus intense que celles à 1 : 200 et 1 : 1.000, tandis que, d'autre part, l'application

de doses très faibles (1 : 1.000) est très souvent suivie de réaction.

Selon moi, une distinction nette entre les deux modes d'action du mercure sur les tréponèmes n'est pas admissible, en ce sens qu'ils sont étroitement unis entre eux. On sait, en effet, que la mort du tréponème sous l'action des arsénobenzols est précédée d'une période de stimulation, comme l'atteste l'accentuation transitoire de la vivacité de ses mouvements ; il n'est donc pas possible d'établir, dans les genèses de la réaction de Herxheimer, où s'arrête l'effet de la stimulation et où commence celui de la mort. A l'appui de ma conception, en outre des données ci-dessus exposées, sont les résultats de mes anciennes expériences qui ont démontré que dans une roséole on peut provoquer successivement trois réactions de Herxheimer, pourvu qu'on parte d'une dose très faible (1 mgr.) certainement stimulante, et qu'on arrive, en passant par une dose moyenne, à une dose élevée (2 cgr. 50). Je crois qu'on doit pour cela admettre que *la réaction de Herxheimer est due à une action du mercure sur le tréponème, stimulante d'abord, dissolvante ensuite.*

*
* *

— J'ai cru enfin intéressant d'étendre mes recherches aux réactions de Herxheimer consécutives aux injections d'arsénobenzol pour établir si à côté de l'action tréponémicide du remède concourent d'autres facteurs dûs à des propriétés particulières du remède même.

A ce problème se joint la question de la spécificité de la réaction de Herxheimer. Cette réaction fut observée à la suite de l'injection d'arsénobenzol dans d'autres lésions non syphilitiques, c'est-à-dire dans la lèpre (Pinkus), dans les formes tuberculeuses (Herxheimer, Altmann, Pinkus), dans les verrues juvéniles (Jadassohn, Loeb), dans le *lichen planus* (Jadassohn, Pinkus), dans le psoriasis (Majocchi, Jadassohn, Schwabe, Pinkus), dans la blennorragie (Majocchi, Pinkus), pour lesquels on pourrait conclure au manque de spécificité de la réaction de Herxheimer consécutive aux injections d'arsénobenzol.

Mais, comme le fait justement remarquer Martinotti (et je veux ici répéter textuellement ses paroles), « il ne faut pas négliger quelques objections qui ne sont pas sans importance et qui conduisent, au contraire, à une conception opposée. En tout cas, si l'individu est syphilitique et en même temps atteint d'autres maladies, il n'est

pas possible d'établir s'il ne s'agit pas par hasard d'un pouvoir de réaction particulier à l'organisme syphilitique et si, dans les lésions non syphilitiques qu'il présente, la syphilis elle-même peut avoir une influence directe ou indirecte. S'il n'est pas syphilitique, on peut admettre que seulement les facteurs génériques du médicament (action vasodilatatrice, action toxique, action irritante) entrent en cause, tandis que les facteurs spécifiques agiraient seulement chez les personnes syphilitiques. C'est de la sorte qu'on pourrait expliquer l'intensité avec laquelle se fait la réaction chez les individus syphilitiques plus forte que chez les individus non syphilitiques. »

Et encore faut-il considérer que comme il s'agit de maladies microbiennes (lèpre, lupus, gonorrhée, verrues) et de maladies (lichen, psoriasis), chez lesquelles on ne peut exclure la nature microbienne, il se peut toujours que les arsénobenzols, tout en n'ayant point pour toutes une action thérapeutique appréciable, stimulent l'éventuel microbe et provoquent ainsi une accentuation des notes inflammatoires des lésions.

Pour combattre ces objections, j'ai procédé à une dernière série d'expériences en examinant comment se comportent les plaques érythémateuses provenant des rayons ultra-violets vis-à-vis du néosalvarsan introduit par voie endoveineuse.

Chez deux individus traités avec 0,15 de néo, aucune réaction ne se vérifia ; au contraire, chez cinq individus traités avec la dose de 0,30, j'ai obtenu toujours une réaction positive et précisément intense en quatre, modérée en un. Elle apparaissait au bout de 4-5 heures et, dans les cas où elle était particulièrement accentuée, persistait le jour suivant. Il résulte donc que *l'arsénobenzol manifeste une action vaso-dilatatrice dans les érythèmes de nature non microbienne, laquelle se manifeste sous la forme d'une réaction typique de Herxheimer. Cette expérience démontre encore que, pour l'apparition de la réaction de Herxheimer dans une roséole syphilitique à la suite d'injections d'arsénobenzol, concourent au moins deux facteurs, un spécifique et un aspécifique, c'est-à-dire l'action stimulante et tréponémicide du remède et son action vaso-dilatatrice.* A l'action vaso-dilatatrice du remède il faut probablement attribuer la précocité de l'apparition de la réaction, qu'on pourrait difficilement expliquer par le mécanisme plus complexe et nécessairement moins rapide de l'action sur le tréponème ; à l'action synergique vaso-

dilatatrice et tréponémicide des arsénobenzols il faut rapporter la plus grande intensité de la réaction obtenue par les arsénobenzols en comparaison du mercure. On ne peut exclure qu'à cette double action puisse s'associer une action activante aspécifique de l'arsénobenzol sur le protoplasma cellulaire (Herxheimer et Martin), mais même si ce facteur intervenait, il serait d'une importance tout à fait secondaire, car les deux facteurs ci-dessus annoncés sont plus que suffisants pour expliquer la réaction de Herxheimer même la plus accentuée.

En résumant les résultats de mes recherches on peut conclure : 1° qu'avec l'injection intradermique de petites quantités de liquide indifférent on peut provoquer, grâce à une stimulation du parasympathique, une *accentuation* non seulement des plaques de roséole syphilitique, comme l'ont trouvé Fleischmann et Kreibich, mais aussi des érythèmes provenant de rayons ultra-violets, ce qui démontre l'absolue aspécificité de cette réaction.

2° Que le mécanisme de cette réaction est différent de celui qui préside à la réaction de Herxheimer provoquée par le mercure, car celle-ci paraît évidente dans les zones de roséole syphilitique soumise à l'action du mercure métallique en pommade, même à des doses très faibles (1 : 1.000) (ce qui correspond à ce qui se vérifie à la suite d'injections intramusculaires de quantités minimes de mercure, comme 1 mgr. de sublimé), tandis que les taches érythémateuses des rayons ultra-violets, même avec des doses bien supérieures de mercure administré par voie soit transcutanée, soit endomusculaire, ne montrent pas la plus légère trace de réaction, ce qui fait qu'on peut conclure que la réaction de Herxheimer des exanthèmes syphilitiques consécutive au mercure est due à une action *spécifique* du remède sur l'exanthème syphilitique.

3° Que les plaques érythémateuses et les nodules provoqués par les injections intradermiques d'extraits de tréponèmes ne réagissent point du tout aux applications de pommade mercurielle à une concentration même bien supérieure à celle capable de développer une réaction sur les taches de roséole, ce qui démontre que la réaction de Herxheimer est liée non pas au tissu syphilitique, mais au tréponème vivant.

4° Que la réaction de Herxheimer provenant *du mercure* doit être

considérée comme une conséquence de la stimulation d'abord, puis de la mort du tréponème.

5° Que la réaction de Herxheimer provenant *d'arsénobenzols* est le résultat de la somme de deux facteurs au moins : l'un spécifique, l'autre aspécifique, c'est-à-dire de l'action tréponémicide du remède et de son action vaso-dilatatrice.

BIBLIOGRAPHIE

1. Baum. — Ueber Quecksilberreaktionen bei sekundärer Lues. *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 47, 1910, p. 2139.
2. Bizzozero. — Sulla reazione di Herxheimer. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, vol. 55, 1914, p. 560.
3. Fleischmann und Kreibich. — Zum Wesen der Reaktion nach Jarisch Herxheimer. *Medizinische Klinik*, n° 31, 1925, XXI° année.
4. Fraenkel und Grouven. — Erfahrungen mit dem Ehrlichschen Mittel « 606 ». *Münchener Medizinische Wochenschrift*, n° 34, 1910, p. 1771.
5. Friboes. — Beitrag zur Klinik und Histopathologie der lokalen Salvarsan-Hautreaktion. *Dermatologische Zeitschrift*, t. XVIII, 1911, p. 1043.
6. Gennerich. — Erfahrungen über Applicationsart und Dosierung bei. — Ehrlich-Behandlung. *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 46, 1910, p. 2089.
7. Glaser. — Die Erkennung der Syphilis und ihrer Aktivität durch probatorische Quecksilberinjectionen. *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 27, 1910, p. 1264.
8. Hasselmann. — Zum Wesen der Herxheimerschen Reaktion. *Klinische Wochenschrift*, n° 51, 1926, p. 2404.
Some observations on Herxheimers reaction. *Journal of the Philippine Islands medical Association*, th. 8, n° 2, p. 53, 1928.
9. Herb. — The significance of the Herxheimer reaction in Syphilis. *Urologic and cutaneous review*, th. 27, n° 14, 1923, p. 739.
10. Herxheimer u. Krause. — Ueber eine bei Syphilitischen vorkommende Quecksilberreaktion. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n° 50, 1902, p. 895.
11. Herxheimer u. Martin. — So called Herxheimer reactions. *Archives of dermatology and syphilology*, th. 13, n° 1, p. 115, 1926.
12. Hougton. — Parallelism between Herxheimer and Kahn reactions. *Journal of the american medical association*, th. 88, n° 10, p. 719, 1927.
13. Jadassohn. — Unsere Erfahrungen mit Salvarsan. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n° 51, 1910, p. 2377.
14. Kalb. — Ueber die cutane Reaktion der Syphilide bei der Behandlung mit Arsenobenzol und ihre Deutung. *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 1, 1911, p. 10.
15. Kreibich. — Lues gummosa und cutane Quaddel. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, th. 150, n° 2, 1926, p. 243.
16. Kremer. — Zur Frage der Exantemprovocation im zweiten Inkubationsstadium der Syphilis. *Dermatologische Zeitschrift*, th. 12, 1910, p. 904.

17. KULNEW et DOMERNIKOWA, cité par ZARUBIN. — *Monatshefte für praktische Dermatologie*, th. 51, 1910, p. 551.

18 LINDENHEIM. — Ueber eine Fieberreaktion im Anschluss an die erste Quecksilberapplication im Frühstadium der Syphilis. *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 11, 1907, p. 300.

LINDENHEIM. — Erfahrungen mit dem Salvarsanpräparat Joha. *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 46, 1912, p. 2178.

19. MARTINOTTI. — La reazione di Herxheimer nella sifilide. *Folia medica*, nos 28-32, 1919, n° 34, 1920.

20. MICHELI e QUARELLI. — Nuove osservazioni e ricerche sul 606. *Rivista critica di clinica medica*, 1911, anno XII, nos 25-26-27-28.

21. PINKUS. — Ueber die hyperhämischen Hautreaktionen nach Salvarsan, namentlich Frühreaktionem. *Dermatologische Zeitschrift*, th. 18, 1911, p. 672.

PINKUS. — Ueber syphilitische Frühreaktion nach Salvarsan. Berliner dermatologische Gesellschaft. Séance 14 mars, 1911. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Bd. CVIII, p. 529.

22. SCHWABE. — Ueber die Wirkung des Ehrlichschen Arsenobenzols auf Psoriasis und Lichen ruber planus. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, n° 36, 1910, p. 1877.

23. THALMANN. — Die Frühbehandlung der Syphilis. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, n° 13, 1907, p. 603.

24. TRUFFI. — Il preparato Ehrlich-Hata nella cura della sifilide. *Policlinico, Sezione pratica*, XVIII, 1911, p. 37.

TRUFFI. — La cosidetta reazione di Herxheimer nella sifilide. *Rassegna clinico-scientifica*, n° 9, 1929, p. 407.

25. WECHSELMANN. — Ueber die Behandlung der Syphilis mit Dioxydiamidoarsenobenzol. *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 27, 1910, p. 1261.

26. WELANDER. — Ueber die Reaktion der syphilitischen Hautaffectionen (besonders der Roseola) gegen die erste Einführung von Quecksilber in dem Organismus. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, th. 95, 1909, p. 75.

DE LA FAUSSE TEIGNE AMIANTACÉE D'ALIBERT (1)

Par M. W. DUBREUILH

Le nom de teigne amiantacée s'est conservé depuis Alibert parce qu'il exprime bien l'aspect de la maladie et qu'il ne comporte aucune idée doctrinale. Les doctrines passent et avec elles les noms qu'elles ont inspirés, seuls persistent les noms qui rappellent un symptôme tout à fait prédominant ou surtout qui ne signifient rien; la fièvre typhoïde a survécu à la dothiénentérie.

La teigne amiantacée est caractérisée par une calotte plus ou moins étendue de squames sèches, blanches et nacrées, agglutinant les cheveux qui sont couchés dans l'amas de squames. Si l'on tire les cheveux normalement à la surface ou mieux à rebrousse-poil, on dissocie l'amas squameux en écailles ou en paquets contenant plusieurs cheveux agglutinés. Si l'on pousse plus loin la dissociation on voit que chaque cheveu est enveloppé d'une gaine nacrée qui peut atteindre plusieurs millimètres de longueur.

L'examen microscopique montre que cette gaine n'est pas tubulaire mais formée d'une série de cornets emboîtés, de cônes à sommet inférieur dont le cheveu forme l'axe et ressemble à une pile d'oublies. Ces cornets épidermiques sont les moules de l'infundibulum pilaire, ils en reproduisent la forme et sont naturellement centrés par le cheveu. C'est une desquamation folliculaire ordonnée par rapport au cheveu.

Le psoriasis au contraire est une desquamation de surface, ordonnée par rapport à l'épiderme tégumentaire; les cheveux ne sont pas couchés dans l'amas de squames, mais le traversent tout droit; leur traction ne le dissocie pas. Si on arrache les cheveux ils viennent tout nus et l'amas squameux reste en place.

(1) Manuscrit reçu le 20 août 1929.

C'est en général un bon caractère diagnostique entre le psoriasis et la teigne amiantacée. Mais il peut arriver que le psoriasis affecte les infundibula pilaires, c'est le *psoriasis folliculaire*. Sur le corps il en résulte des papules miliaires acuminées, isolées ou groupées en plaques rouges, rugueuses, saupoudrées de blanc, épaissies, s'égrenant à la périphérie en papules pilaires isolées et reproduisant tous les caractères du *pityriasis rubra pilaire*. Sur le cuir chevelu le psoriasis folliculaire peut produire une desquamation engaînante et agglutinante tout à fait semblable à la teigne amiantacée.

Je ne veux pas préjuger ici de l'étiologie ou dela nature de la teigne amiantacée, je veux seulement insister sur ce fait que son caractère clinique principal est dû à la localisation anatomique de la desquamation.

DERMATOSE
DUE AU TRAVAIL DE LA HOUILLE

LES PROPRIÉTÉS PHOTODYNAMIQUES ET IRRITATIVES DE CERTAINS PRODUITS DE LA DISTILLATION DE LA HOUILLE

Par E. W. KISTIAKOWSKI.

Les données de ce travail se basent sur les observations faites pendant cinq ans à l'usine d'asphalte de Kieff.

I. — Les substances travaillées

L'asphalte artificiel est préparé par un mélange de goudron, d'huile d'anthracène, de peck (extraits de la houille) et de spath calcaire. La craie et le sable s'emploient pour la préparation de sortes d'assiettes pour le tir aux pigeons artificiels et de toiles ainsi préparées pour couvrir les toits ou les murs.

Au cours de la distillation sèche de la houille, la température monte au-dessus de 1.000 degrés, le coke dur reste dans la cornue, tandis que les produits volatils sont conduits dans des réfrigérants spéciaux où ils s'épaississent et se précipitent en eau, ammoniaque et goudron (Lunge) (1).

Dans la suite, le goudron, à son tour, est soumis à la distillation fractionnée pendant laquelle, selon le degré de température, on recueille des huiles dites : légères, moyennes, lourdes et l'huile d'anthracène ; cette dernière est distillée à la température 2.700-4.500. Le reste est, selon le degré du chauffage, une masse molle ou dure, nommée peck.

L'huile d'anthracène contient principalement, entre autres substances, les combinaisons de la série acridine, anthracène et phénanthrène en quantité d'environ 10 0/0.

Le peck contient un mélange des trois dernières séries : ainsi,

dans un kilo de peck obtenu à l'usine d'asphalte de Kieff, on trouve 30 milligrammes d'acridine, 105 mgr. d'anthracène et 150 mgr. de phénanthrène (*).

II. — Le milieu et les conditions du travail

L'usine se compose de quatre corps de métier : décharge, asphalte, toiles et assiettes. Les trois derniers sont placés dans de vieux locaux pareils à des hangars mais avec une ventilation insuffisante. Pendant que l'on cuit l'asphalte et prépare les toiles et les assiettes, l'air de ces locaux est intensivement saturé de poussières de peck et de vapeurs, contenant diverses matières chimiques. Les vêtements et le corps des ouvriers sont couverts d'une couche considérable de poussières de peck et imbibés de goudron et d'huile d'anthracène.

III. — Les affections professionnelles primitives de la peau et des yeux

Dès le premier jour de travail, en particulier dans le corps de métier de décharge, on note chez les ouvriers une vive rougeur de la peau du visage et de la conjonctive oculaire. Elle augmente de jour en jour, la peau de la face et surtout celle des paupières enfle ; en peu de jours commence la desquamation.

Dans certains cas l'inflammation s'aggrave en quelques heures à un tel point qu'apparaît l'exsudation et, comme suite, la dermatite typique vésiculaire ou humide de la face ; le malade est forcé de renoncer à son travail.

Après la première desquamation commence l'aggravation de l'inflammation. Ces crises et la desquamation se répètent plusieurs fois avant que la peau « ne s'y fasse », comme disent les ouvriers.

Finalement, la peau, surtout celle des paupières supérieures, s'épaissit, les plis s'effacent et la pigmentation prend un reflet rouge-fauve (fig. 1).

La conjonctive bulbaire rougit intensivement au début et acquiert avec le temps une couleur jaune tirant sur le fauve. On observe parfois une inflammation de la cornée et un hypopion.

(*) Je dois ma plus vive gratitude à M. D. K. Goralevitch pour l'analyse spectroscopique et les pesées.

Les ouvriers se plaignent d'une démangeaison insupportable et d'une sensation de brûlure aux yeux et à la peau de la face. Ces sensations s'aggravent considérablement à la lumière. Les rayons solaires influent le plus fortement en été, mais aussi les jours



Fig. 1.

sereins de l'hiver ; par exemple, en février, leur action se manifeste vivement. Les malades se plaignent de ne pas oser sortir ; ils restent des heures entières dans un coin noir, le visage enfoncé dans les oreillers.

La sensation de brûlure est augmentée considérablement par la transpiration et les ablutions. Cette dermatite professionnelle de la face des asphalteurs est analogue à la dermatite qu'on observe chez les gonorrhéiques pendant la cure par la trypaflavine.

Il suffit de quelques injections intraveineuses d'acridine jaune à 0,1 tous les deux jours pour que la peau de la face s'enflamme vivement et que la desquamation paraisse. Au bout de cinq ou six semaines, la peau de la face commence à se pigmenter fortement et acquiert une couleur rouge-fauve. J'ai observé, de février à octobre, chez les malades atteints de gonorrhée, pareilles dermatites d'acridine, soi-disant expérimentales.

Dans ce cas, l'intensité de l'inflammation est directement proportionnelle au degré de l'ensoleillement et de la clarté du ciel.

La peau du corps entier est peu à peu entraînée dans le processus d'inflammation. Seulement l'affection a un caractère plus lent et plus prolongé, la desquamation est à peine visible. La peau s'épaissit et prend une couleur rouge-fauve. Cette dermatite est le plus vivement exprimée sur la peau du corps à cause de l'habitude des ouvriers de porter des chemises ouvertes de coton clair, ce qui facilite le passage des rayons solaires (d'après Hesse et Boubnoff). Les extrémités inférieures, ordinairement couvertes par des pantalons épais, foncés et en demi-lainage, souffrent moins.

En général, si l'on expose au soleil les parties du corps ordinairement couvertes, on éprouve une sensation de brûlure analogue à celle de la face.

A côté de cette affection généralisée de la peau on voit apparaître des affections limitées ; peu à peu les orifices des follicules pilo-sébacés se ferment d'un bouchon noir de peck, il se forme une acné-comédon de la dimension d'une pointe d'épingle à celle d'une tête d'épingle. Ces points noirs couvrent la peau rouge-fauve du corps et des extrémités. Dans des cas fortement prononcés, ils couvrent la peau en entier.

Les poils de ces follicules bouchés tombent ; petit à petit, autour du bouchon noir apparaît un halo enflammé et finalement il se forme une acné-papule rouge, grande comme une tête d'épingle ou comme un demi-pois.

La couleur de cette acné papuleuse est rouge, elle est nettement séparée de la peau saine, s'élève au delà du niveau de celle-ci

et à son centre il se forme un petit abcès avec détritus de couleur grise.



Fig. 2.

Les acnés causées par le goudron durent des mois, rétrocèdent lentement, deviennent parfois purulentes et dans ce cas forment en se fermant une cicatrice superficielle.

Les acnés se trouvent généralement sur les faces découvertes des avant-bras, sur le revers des mains, derrière le cou, sur la surface de devant des cuisses et sur les fesses (fig. 2).

Parfois, presque exclusivement sur la peau de la face, cette acné prend la forme d'une verrue et croît en longueur jusqu'à un centimètre. Le plus souvent, ces verrues papillomateuses poussent sur les ailes du nez aux limites de la peau et de la muqueuse (fig. 3).

A la suite de l'obturation de la plupart des glandes sébacées, la peau se graisse moins que d'ordinaire et sa nutrition est troublée, c'est pourquoi au toucher la peau est sèche et sans éclat.

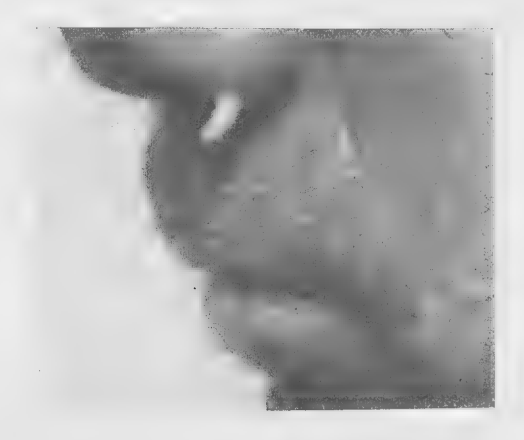


Fig. 3.

La transpiration et la sensibilité de la peau sont normales. Le dermographisme est exprimé dans les limites de l'individualité.

Parmi les affections intercurrentes de la peau on observe parfois la pyodermite.

Si l'on éclaire les extrémités par les rayons ultra-violets, toute la peau sera colorée en bleu-violet et les acnés de couleur jaunâtre. A l'éclairage de la face se détachent sur le fond bleu-violet des points jaunâtres minuscules : les follicules atteints. Il semble que le contenu nécrosé des follicules provoque la teinte jaune.

Après deux ou trois mois de séjour à l'usine, la peau des ouvriers prend l'aspect typique de la dermopathie profession-

nelle (la peau des goudronniers, Peckhaut) ordinaire et commune aux ouvriers qui ont affaire aux produits de la distillation du naphte et de la houille : à la distillation du coke, du goudron, des huiles de paraffine et du goudron, chez les briquetiers, chez ceux qui travaillent à isoler les tuyaux à l'aide du goudron, chez les graisseurs de machines par l'huile minérale, chez les fileurs, etc. (fig. 4).

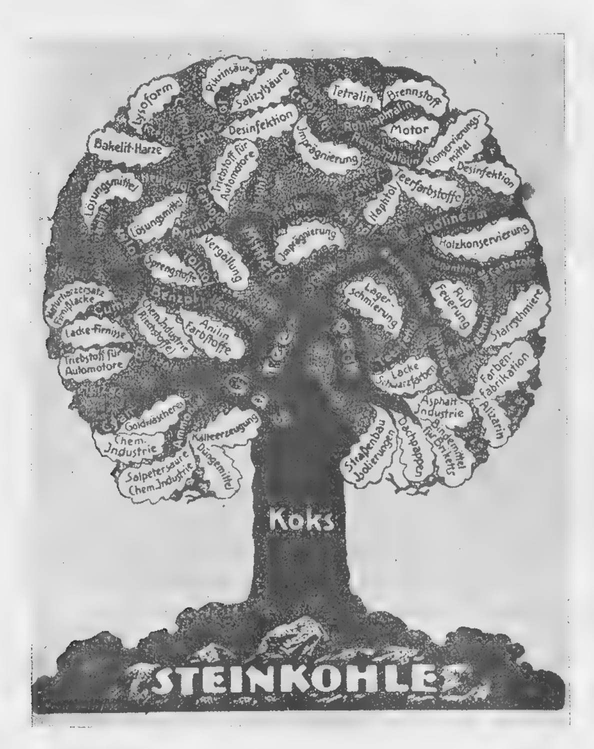


Fig. 4.

La composition compliquée de la houille présente, d'après l'expression figurée de Mc Cord (2), un « hells field » pour un médecin toxicologue professionnel, observant les différents états pathologiques chez les ouvriers travaillant dans les industries ci-dessus nommées.

Tous les ouvriers de l'usine, au nombre de plus d'une centaine, sont, sans exception, atteints de cette dermopathie. Ni la race —

russe ou juive — ni le degré de la pigmentation de la peau et des cheveux — blonds, roux, bruns — n'influent sur l'intensité de l'affection. Je relève le fait, car Lewin (3) et Hessberg (4) croyaient les blonds plus sujets à la dermopathie que les bruns.

L'érythème et l'acné sont à peu près pareils chez tous les ouvriers. On observe une certaine influence de l'âge : chez les individus jeunes, surtout chez les femmes à la peau fine, la dermopathie est exprimée plus fortement.

Je doute qu'on puisse attribuer aux particularités individuelles quelque différence dans l'extension et l'intensité de la dermopathie.

On peut établir exactement que l'intensité de l'affection est directement proportionnelle : 1) à la quantité de poussière de peck et de vapeurs de goudron précipitées sur la peau et aspirées par chaque ouvrier ; 2) à la quantité de rayons solaires tombés sur sa peau ; 3) au temps qu'il a passé à l'usine ; 4) à sa propreté.

L'action nuisible, même à une certaine distance, du peck et du goudron est prouvée par le fait que quelques ouvriers serruriers, placés dans un petit hangar spécial à quelque distance de la section d'asphalte, souffrent d'acné du goudron typique sur la surface d'extension de l'avant-bras.

IV. — Les causes de l'origine des affections professionnelles de la peau

J'ai déjà indiqué qu'il suffit à l'ouvrier d'un jour de travail pour que l'érythème de la face se développe ; en deux ou trois mois l'affection de la peau acquiert son caractère typique stationnaire.

Si l'ouvrier quitte l'usine, la peau perd difficilement sa teinte maladive. Les comédons et l'acné ne disparaissent pas avant un an.

Des substances travaillées, ni le sable, ni la craie, ni la pierre calcaire, cela va sans dire, ne peuvent produire la dermopathie décrite.

Elle est causée certainement par les produits de la distillation de la houille que l'on reçoit du bassin du Don et qui contiennent des substances positivement nuisibles.

V. — Le mécanisme de l'origine de la dermopathie

Les affections des yeux et de la peau dépendent de facteurs très compliqués.

Le premier et principal facteur agissant de l'intérieur ce sont les substances photodynamiques et fluorescentes d'acridine, d'anthracène et de phénanthrène. Elles pénètrent dans les poumons pendant la respiration sous forme de poussières et à l'état gazeux et dans l'estomac avec la salive et passent dans le sang. La possibilité d'absorption d'une quantité insignifiante par la peau et par les muqueuses n'est pas exclue.

Si ces affections dépendaient de la souillure externe par les produits travaillés, elles seraient marquées plus fortement sur la peau des extrémités supérieures toujours au contact de la masse d'asphalte et de l'huile d'anthracène. Cependant, c'est la peau de la face qui est au contraire le plus affectée, elle est relativement propre, mais même dans les conditions normales de la vie, elle est le plus exposée au hâle et souffre le plus, comme je l'ai déjà indiqué, chez les chargeurs de peck en été.

J'ai réussi à extraire ces substances du peck à l'aide de benzine chimiquement pure et d'une solution à 5 o/o d'acide sulfurique en les faisant bouillir. Elles prètent à la solution la couleur vert-jaunâtre, typique des sels d'acridine et sont parfaitement fluorescentes à la lumière ordinaire. Mais la fluorescence devient plus vive et plus belle quand on fait passer les rayons ultra-violets de la lampe de quartz.

A la fin du XIX[e] siècle, Raab, Jodlbauer, Toppeiner (5) et d'autres ont fondé une doctrine de l'effet dit photodynamique des substances fluorescentes. Leurs doctrines se basent sur une grande quantité d'expériences exactes. Ils ont démontré que ces substances, dissoutes en quantité minime dans de l'eau où se trouvent des ferments ou des êtres simples, des paramecies, par exemple, des poissons, etc., ou injectées dans le sang des animaux supérieurs, exercent une action photodynamique qui se manifeste par l'interruption de l'activité des ferments, par l'abaissement de l'activité vitale respiratoire, par la mort des organismes les plus simples, par une atteinte de la peau, de la faiblesse générale

(adynamie, asthénie), des crampes et la mort de certains animaux (lapins).

Parmi une quantité énorme d'expériences et d'observations je citerai principalement celles qui concernent les substances des séries de l'acridine et de l'anthracène — l'acridine et les couleurs d'anthracène.

La solution à 1:300.000 ne tue pas les paramécies dans l'obscurité en 48 heures, tandis qu'à la lumière elle les tue en 30 minutes; — la solution à 1:10.000.000 — en 7 h. 1/2; la solution 1:10.000 fait cesser l'activité vitale des épithéliums scintillants en 4 heures; les globules blancs se détruisent en deux heures dans une solution à 1:2.000; diverses solutions faibles produisent l'hémolyse des globules rouges; les oreilles des lapins se nécrosent par l'injection de solutions faibles; dans une solution à 1:3.000 chez les petits poissons l'écaillement se fait rapidement, ensuite survient la mort.

Les affections de la peau des asphalteurs dépendent de l'effet sensibilisateur des matières photodynamiques : l'anthracène et l'acridine renfermées dans le peck et le goudron. La dermatite de la face est au fond une inflammation ordinaire, provoquée par diverses irritations physiques; dans le cas en question elle dépend des rayons solaires, dont l'intensité est fortement augmentée par la présence dans l'organisme des éléments photodynamiques.

La pigmentation est le résultat des processus-inflammatoires terminés.

Kissmeyer (6) est d'avis que les nombreuses substances de la série aromatique renfermées dans le goudron peuvent, au cours des mélanoses se transformer en dioxyphénylalanine — dopa de Bloch — et puis se remettent dans la peau sous forme de mélanine.

Mais j'ai déjà dit que l'acridine jaune pur — chloro méthylate de diamine acridine, — provoque d'abord une dermatite solaire ordinaire et ensuite une pigmentation vive.

Pour confirmer l'avis de Kissmeyer, il faut prouver que l'acridine peut au cours des mélanoses se transformer dans l'organisme en dopa et puis se remettre en forme de mélanine cutanée. Pour le moment ce n'est pas encore prouvé.

Tout récemment Jausion (7) a parfaitement éclairé cette question.

Le deuxième facteur agissant du dehors de manière irritative est

représenté par les parcelles dures, liquides et volatiles du peck et des huiles, qui tombant sur la conjonctive oculaire et sur la peau, provoquent une irritation mécanique et chimique, bouchent les ouvertures des follicules des glandes sébacées — à la suite de quoi se développe l'inflammation de la conjonctive et de la peau et principalement des glandes sébacées.

Ces affections se forment exceptionnellement d'après le type de dermatokoniose.

En réalité je n'ai jamais observé d'acnés goudronneuses chez mes malades gonorrhéiques auxquels on administre la tripaflavine. L'affection des yeux est également bien moins intense que chez les asphalteurs.

Voilà pourquoi je suppose que la conjonctivite et la kératite sont principalement provoquées par la pénétration dans les yeux de petites et de grosses parcelles de peck. Comme preuve additionnelle on peut citer le fait que les yeux des ouvriers du peck souffrent le plus intensément.

Les travaux expérimentaux et histologiques confirment et expliquent les observations cliniques.

Sachs (8), frictionnant la peau des lapins avec des matières colorantes du goudron, vit la prolifération et la dilatation des cellules du corps muqueux de Malpighi, de même que l'excroissance de l'épithélium des glandes sébacées ; et en même temps apparaissaient des formations semblables à celles de la verrue épithéliale.

Ischikawa (9), frictionnant pendant deux ans et plus les oreilles de lapins et de souris avec du goudron, parvint à obtenir l'excroissance atypique du corps muqueux de Malpighi et des glandes sébacées ; ensuite se produisit l'infiltration périvasculaire ; dans la suite cette excroissance prit le caractère d'un néoplasme malin et il se forma un carcinome typique, qu'on réussit à inoculer à trois générations.

L'examen histologique des acnés du goudron me montra le tableau de la prolifération de l'épithélium du corps muqueux de Malpighi et des glandes sébacées, de même que l'excroissance de l'endothélium des vaisseaux et l'infiltration autour d'eux. En somme toutes les données ne diffèrent pas de celles de Sachs et Ischikawa.

Certes ce n'est qu'un schéma. Les facteurs photodynamiques et irritatifs augmentent réciproquement l'action l'un de l'autre et com-

pliquent le tableau clinique. Que la peau de la face se couvre de verrues est un excellent exemple de leur action réciproque sur la peau ; d'abord l'irritation mécanique — l'acné du goudron, puis l'effet photodynamique — le papillome.

Ce phénomène est tel que j'ai pu prédire bien à l'avance l'apparition sur la face d'excroissances verruqueuses.

VI. — Les affections professionelles tardives de la peau et des yeux.

L'usine d'asphalte de Kieff fonctionne depuis environ cinq ans. L'effectif des ouvriers change assez souvent et les corps de métier les plus dangereux au point de vue professionnel par exemple celui de l'asphalte, restent inactifs pendant des mois, c'est pourquoi la dermopathie des ouvriers, en attendant, a un caractère sub-aigu.

Si tout de même les conditions du travail ne sont pas changées prophylactiquement et si les ouvriers continuent à travailler pendant des dizaines d'années, on pourra observer des modifications chroniques des yeux et de la peau plus marquées.

Connaissant le mécanisme de l'apparition de la dermopathie et en nous servant de la littérature (Levin, Hessberg et Bär) nous pouvons tracer le tableau des affections futures.

Les changements pathologiques de la peau acquièrent un caractère de verrues et avec le temps il se développe une tendance vers la dégénération maligne. Hessberg et Bär ont décrit une dégénération de la verrue du goudron après 7 ans, Bayet (10) parmi les ouvriers d'une usine de goudron en a observé 39 o/o (*) atteints de cancer.

Lipschütz suppose que le cancer se développe même quand les ouvriers ont depuis longtemps abandonné le travail du goudron et que se développent chez eux les blastines — les hormones de la croissance.

VII. — Les affections professionnelles d'autres organes.

Les investigateurs ont porté surtout attention aux affections de la peau et des yeux. La question de l'influence de ces matières photodynamiques sur les autres organes est peu étudiée.

(*) N'est-ce pas une faute d'impression dans son ouvrage (E. K).

Les matières photodynamiques, qui se développent dans la peau sous l'influence des rayons solaires (Hesse (11)), transportées par le courant du sang aux organes intérieurs, provoquent incontestablement sur ces organes une influence précise; la température, qui s'élève brusquement pendant l'insolation, peut servir d'exemple et ne peut être expliquée que parce que la chaleur est retenue dans l'organisme. Evidemment, nous avons affaire ici à une irritation précise du centre cérébral de la chaleur par des matières photodynamiques précises.

Après les injections intraveineuses d'acridine aux gonorrhéiques on observe chez eux au bout de 30-40 secondes une irritation des centres du cerveau et de la moelle dorsale.

Les ouvriers n'ont pas l'embonpoint qu'on trouve parmi les ouvriers d'autres branches de production. Ils se plaignent constamment d'une faiblesse vague. On constatait souvent pendant la décharge du peck des cas d'empoisonnement aigu avec perte de connaissance, salivation, adynamie vivement marquée — on était obligé de placer les malades à l'hôpital. En somme le tableau rappelle l'empoisonnement aigu chez les lapins.

Les ouvriers se plaignent constamment des voies respiratoires et vont souvent consulter les médecins. On constate souvent des bronchites, moins souvent des hémoptysies.

Chez un petit nombre les analyses du sang offraient le tableau morphologique normal.

VIII. — Littérature.

A la fin du dix-huitième siècle, Pott fut le premier qui fit une liaison entre le cancer du scrotum chez les ramonneurs et l'irritation de la peau par la suie; Volkmann (12) dans les années 60-70 du siècle passé a fondé la doctrine du cancer du goudron.

A partir des années 60-70 du dix-neuvième siècle, Grotowsky (13), Eulenburg (14), Leloir (15), Purdon (16), Hoffmann (27), Weil et Blaschko (18) donnent des descriptions précises des affections de la peau chez les ouvriers de l'industrie du goudron, de la paraffine, chez les fileurs, etc.

En analysant les causes de ces affections, Hoffmann attribue le rôle principal à l'irritation causée par les parcelles de peck, de

créosote, par les huiles et les hydrocarbures volatils, contenant du soufre.

En 1908 paraît l'ouvrage dermatologique d'O. Ehrmann (19). « Pechhaut ». Il décrit d'une façon très détaillée et très exacte les affections de la peau et des yeux, cite des cas de néoplasmes, analogues au cancer de paraffine et marque la sensibilité des yeux affectés par les rayons du soleil et même par la lumière du jour, sans expliquer cependant les causes de ce phénomène. Sans dire un mot de la prophylaxie, il décrit la cure chirurgicale et le traitement, à l'aide d'onguents, appliqué par lui.

En 1913, Sachs (20) cite des cas d'affections professionnelles de la peau, qu'il a observés cliniquement, et fait part de ses expériences réussies, pour provoquer l'excroissance de l'épithélium chez les animaux sous l'influence de frictions et d'injections de couleurs d'aniline.

En 1913, Lewin (21), se basant sur les expériences de Toppeiner et sur ses propres observations concernant l'acridine, explique les affections de la peau des ouvriers de l'usine des câbles par la présence de matières photodynamiques (acridine et anthracène). A l'usine on imbibait de goudron les tuyaux isolants.

Les brillantes explications de Lewin ne furent pas de suite connues même en Allemagne. Ce n'est qu'au commencement de 1919 que Kœlsch (22), Lœvy (23), Kessbery et Bär (24), Ehrmann (25) partagèrent ce point de vue.

Hors de l'Allemagne, comme on le voit, les travaux de Lewin restèrent inconnus.

Ainsi dans le manuel spécial des affections professionnelles de la peau de White (26) la question clinique est étudiée d'une manière assez détaillée, mais la description de l'étiologie et du mécanisme de l'affection est très peu précise : l'acridine ne produit aucun effet nuisible, l'anthracène de même n'est pas nocif, il est question d'éléments radio-actifs, au lieu de matières photodynamiques ; la pigmentation brun jaunâtre de la peau dépend de la présence de poussière de peck ou de la fumée ; l'acné du point de vue scientifique ne représente rien d'extraordinaire.

Dans l'article consacré au cancer du goudron O'Donovane (27) en décrivant très exactement le tableau clinique de l'affection de la peau chez les personnes travaillant l'anthracène — l'acné, la kéra-

tose, la pigmentation — ne dit mot des qualités photodynamiques de l'anthracène. Dans la description suivante il admet la pathogenèse actinogénique du cancer.

En somme on peut considérer comme prouvé par des observations et des expériences précises que les causes et le mécanisme de la dermopathie sont basés sur les matières à action photodynamique : l'acridine, l'anthracène, etc.

Comme dissonance paraît l'ouvrage de Bayet (28), qui considère que les phénomènes sont dûs à l'arsenic, qu'on trouve dans le peck, et qui affirme que l'affection du goudron et l'empoisonnement chronique par l'arsenic sont identiques par la symptomatologie et l'étiologie.

En effet le goudron et l'arsenic provoquent tout d'abord des affections primitives de la peau, qui dégénèrent avec le temps en tumeurs et plaies carcinomateuses.

Mais les affections primitives de la peau causées par l'empoisonnement arsenical ne ressemblent pas du tout à celles du goudron. Après l'empoisonnement avec de l'arsenic suit un érythème passager, qui sous peu est remplacé par une pigmentation (résidu de l'arsenic dans la peau) répandue, qui s'étend sur la peau de tout le corps ; à côté de cette dermatite apparaissent des foyers limités et localisés — des kératoses — sur les paumes des mains et sur les plantes des pieds, sur les endroits de la peau privés de glandes sébacées, et cependant ce sont justement ces dernières qui sont affectées par la maladie de goudron.

Quant aux quantités toxiques qui agissent étiologiquement, elles font d'après Bayet 30 milligrammes d'arsenic dans 1 kilogramme de peck, c'est-à-dire analogues à la quantité d'acridine qui se trouve dans 1 kilogramme de peck.

Les travaux expérimentaux sur les animaux confirment l'opinion que l'arsenic ne joue aucun rôle dans l'apparition du carcinome du goudron. Ainsi Coulon (29) a démontré que le carcinome apparaît chez les souris après friction avec du goudron obtenu par la distillation à une température au-dessus de 450° ; tandis que le goudron obtenu à une température au-dessous de 450°, malgré qu'il contienne plus d'arsenic, ne provoque pas de carcinome.

Raposo (30) a découvert que le goudron lavé à l'eau ne cause de carcinome ni par lui-même, ni avec addition d'arsenic, tandis que la vaseline avec l'arsenic cause le carcinome de l'arsenic.

IX. — Les mesures prophylactiques.

Il n'y a rien à dire au sujet du traitement de la dermopathie du goudron. Certes, il faut utiliser les traitements symptomatiques courants. Le centre de gravité de la question est d'abolir ces affections professionnelles par la prophylaxie.

Ces derniers temps à l'usine de Kieff, sur mes insistances, on a procuré aux ouvriers des vêtements plus épais et l'on a installé des douches. Les chefs d'usines doivent établir une série de mesures techniques et prophylactiques pour améliorer les conditions du travail.

Du point de vue médical il est indispensable d'appliquer les mesures suivantes :

1. Munir les ouvriers d'habits spéciaux en forme de blouses, manteaux, couvrant le visage et les mains.

2. Compléter l'habit spécial de gants, de lunettes protectrices, de masques rouges, et de respirateurs en cas de besoin (pour les déchargeurs).

3. Donner intérieurement des matières ayant des qualités anti-photosensibilisatrices par exemple la résorcine, etc.

4. Etablir à l'usine des appareils appropriés pour l'éclairage aux rayons rouges (la longueur de l'onde est 750-350 Ang.) vu que ces rayons sont antagonistes des rayons ultra-violets. Van den Povenkamp (31).

5. Etablir pour les ouvriers au compte de l'usine des bains de vapeur et de savon, qui seraient obligatoires et quotidiens, à condition que le temps du bain soit compté comme temps du travail.

6. Etablir à l'usine un vestiaire où ils pourraient changer d'habits en arrivant et en partant.

7. Distribuer à l'usine, et à ses frais, aux ouvriers, des pommades graisseuses, des mixtures, des pâtes à l'argile, etc.

8. Faire travailler en été dans un local garanti contre le soleil et qui serait bien ventilé pendant les heures matinales et les heures avancées du soir et même celles de la nuit.

9. Envisager le travail comme extrêmement nuisible et restreindre le temps de travail, augmenter l'alimentation, faire passer les ouvriers à un autre travail, prolonger les vacances professionnelles jusqu'à un mois.

10. Faire l'examen médical du personnel de l'usine et enregistrer l'histoire pathologique détaillée de chaque ouvrier.

11. Faire une investigation clinique et expérimentale aussi détaillée que possible pour éclaircir exactement tous les dangers professionnels de l'exploitation.

12. Faire une large propagande sanitaire et instructive parmi les ouvriers. 25 juin 1929.

1. Lunge. — *Chemisch-technische Untersuchungsmethoden*, Bd. 2, 1905.
2. Mc Cord. — Road tar poisoning. *J. of. Am. Med. As.*, 92, 695, 1929.
3. Lewin. — Ueber photodynamische Wirkungen von Inhaltsstoffen des Steinkohlenteerpechs am Menschen. *Münchener Med. Wochenschr.*, 1913, n° 28.
4. Hessberg und Bær. — Augenerkrankungen durch Pech, Teer und Teerfettœle. *Graefes Archiv f. Ophtalmologie*, Bd. 115, H. I, 1925.
5 Toppeiner. —. *Deut. Archiv. f. kl. Md*, Bd. 82, S. S., 217, 538-541, Bd. 83 ; Raaeb Jodlbauer. S. 356, Bd. 96, S. 486, Bd. 87, S. 361, 388 ; Toppeiner — *Biochem. Zeitschr.*, 1908, n° 3 : Abderhalben. — *Biologischen Pfeifer Wien. Klin. Wochenschr.*, 1905, n° 9.
6. Kissmeyer. — Notes sur la formation du pigment dans la mélanodermie des ouvriers de goudron, charbon, etc. *Annales de Derm. et de Syph.*, 1926, p. 224.
7. Jausion. — *Les phénomènes de Photosensibilisation en pathologie humaine.* Paris, 1927.
8. Sachs. — Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung von Anilinfarbstoffen auf die menschliche und tierische Haut. *Archiv. für Derm. u. Syphilis*, 1913, Bd. 116.
9. Ischikawa. — Sur la production expérimentale du Cancer du Goudron. *Congrès du Cancer*, 1923, p. 29.
10. Bayet. — Le rôle de l'arsenic dans le cancer du goudron. *Congrès du Cancer*, 1923, p. 15.
11. Cit. Lane. — *Archives of Dermatology and Syphilology*, 1924, n° 2.
12. Volkmann. — Ueber den Teer und Russkrebs. Verhandl. der Deutsch. Ges. f. Chir. *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1874, J. 218.
13. Cit. Hoffmann. — (17).
14. Eulenberg. — *Handbuch des œffentlichen Gesundheuts Nesens*, 1892.
15. Leloir. — De la Folliculite et Périfolliculite des Fileurs et Rattacheurs. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1889, p. 679.
16. Purdon. — The Acneform Eruption of « Deffers ». *The British Medical Journal*, 1902, vol. 2, p. 752.
17. Hoffmann. — Die Krankheiten der Arbeiter in Theer und Paraffinfabriken in medizinisch-polizeilicher Hinsecht. *Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin und œffentliches Sanitœtswesen*. Bd. 5, Jahrg. 1893.
18. Weil. — *Handbuch der Arbeiterkrankheiten*, 1903.
19. Ehrmann. — Die « Peckhaut » eine Gewerbedermatose. *Monatshefte f. praktisch. Dermat.* 1909. Bd. 48, n° 1.
20. Sachs. — *L. c.*
21. Lewin. *L. c.*
22. Kœlsch — Ueber Hautschædigungen durch Teer und Naphta-Abæmm-

linge und ihre photodynamischen Beziehungen, *Centralbl. f. Gewerbehyg.*, SS. 7, 157, 177, 198, 228, 1919.
23. Lœwy. — *Die Berufskrankheiten*, trad. rus. 1925.
24. Hessberg und Bær. — *L. c.*
25. Ullmann und Rille — *Die Schædigungen der Haut durch Beruf* 1925.
26. White. — *Occupational affections of the Skin*. London, 1920. Trad. russe.
27. O'Donovan. — Cancer of the Skin due to occupation. Tar Carcinoma. *A. of. D. S.*, 19, 595, avril 1929.
28. Bayet. — *L. c.*
29. Coulon. — L'arsenic joue-t-il un rôle dans la cancérisation de la souris par le goudron. *C. R. Soc. Biol.*, 1925, p. 1369.
30. Raposo. — Sur le rôle de l'arsenic dans la cancérisation par le goudron. *C. R. Soc. Biol.*, 1928, t. XCVIII, p. 997.
Van den Povenkamp. — Influence of Ultraviolet and red Rays on the Skin. Pecp. *Archives of Derm. a Syph.*, 17, 415, March 1928.

COMPLEXE DU LYMPHOGRANULOME INGUINAL DE NICOLAS ET FAVRE ET DE L'ADÉNITE SYPHILITIQUE PRIMAIRE ET SECONDAIRE

Par MM. G. PETGES, P. LECOULANT et P. DELAS

Le lymphogranulome de Nicolas et Favre et la syphilis sont absolument étrangers l'un à l'autre, du consentement unanime, mais ils peuvent coexister, et l'on voit des malades atteints de lymphogranulome chez lesquels apparaît, en cours de traitement ou pendant la convalescence, un chancre syphilitique. L'observation signalée par M. Spillmann (1) est très démonstrative à cet égard. Dans certains cas l'adénopathie peut participer à la fois de la syphilis et du lymphogranulome l'un compliquant l'autre.

C'est une association de ce genre que nous rapportons ici :

Observation résumée

Paulo José, sujet portugais, âgé de 48 ans, venu en France au début de janvier 1929 pour y exercer la profession de manœuvre, est hospitalisé le 11 février 1929 pour une volumineuse adénopathie subaiguë de l'aine gauche, qui serait survenue une quinzaine de jours avant son départ du Portugal.

L'interrogatoire, difficile faute d'un interprète, ne permet pas d'obtenir des renseignements complets.

A son entrée : la région inguinale gauche est le siège d'une tuméfaction du volume d'une belle poire dont elle a la forme, à grosse extrémité située vers le pubis.

Bien limitée, de forme irrégulière, bosselée, elle a une couleur rouge

(1) Spillmann. Les idées nouvelles sur les adénites inguinales. Le lymphogranulome ou ulcère vénérien adénogène. (*Rev. méd. de l'Est*, 1922, p. 650 et 1er *Congrès des Dermatologistes de langue française*).

cuivré sauf en quelques points; sa consistance est dure, ligneuse; elle est mobilisable sur les plans profonds. On provoque facilement à son niveau le signe de la peau d'orange Elle est douloureuse spontanément, et, par la pression comme par la marche et les mouvement cette douleur devient très vive.

Elle paraît formée de ganglions hypertrophiés, englobés dans une gangue de périadénite.

A sa partie inférieure, deux points séparés, ramollis, permettent au doigt de s'enfoncer dans une dépression molle encerclée par des tissus durs en « margelle de puits ». La peau à ce niveau est d'un rouge violacé.

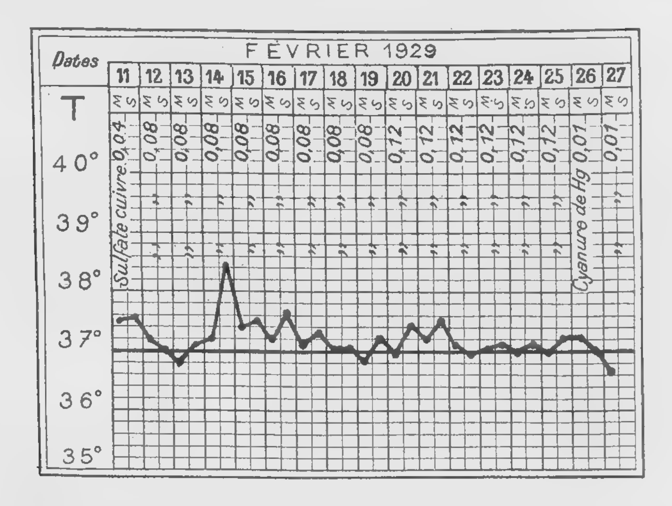


Fig. 1.

Cette adénite inguinale est accompagnée d'une volumineuse adénopathie de la fosse iliaque du même côté.

A droite, quelques ganglions durs, libres, roulant sous le doigt sont un peu augmentés de volume. Les autres territoires ganglionnaires ne sont le siège d'aucune autre adénite.

Un phimosis serré empêche l'examen. De l'orifice préputial s'écoule un pus jaunâtre abondant, fétide. A travers le prépuce œdématié on ne sent aucune induration qui pourrait faire penser à l'existence d'un accident primitif soupçonné mais qu'on n'aperçoit pas.

Le foie n'est pas augmenté de volume; la rate est percutable.

Le malade est fatigué, pâle, amaigri; il ne peut se livrer à aucun travail. Sa température oscille entre 36°8 le matin et 37°8 à 38° le soir.

L'examen clinique des poumons montre une légère obscurité respiratoire des deux sommets, sans phénomènes surajoutés. La radioscopie

indique une accentuation des ombres hilaires. Les sommets s'éclairent bien à la toux.

L'examen des autres appareils ne révèle rien de notable.

La réaction de Hecht-Sabrazès est négative ; la réaction de Vernes à la résorcine, pour le diagnostic de la tuberculose, donne une densité optique de 115.

En présence de cette adénopathie inguinale accompagnée d'adénite iliaque, le diagnostic de lymphogranulome ne peut prêter à aucun doute et le malade est mis au traitement par des injections intraveineuses de sulfate de cuivre ammoniacal à 4 o/o.

Du 12 février 1929 au 26 février 1929, il reçoit quatorze injections intraveineuses à doses progressivement croissantes de 1 à 3 centimètres cubes de cette solution, soit 0 gr. 04 à 0 gr. 12 de sel cuprique Le 26 février, l'adénopathie est améliorée, moins rouge, moins volumineuse, avec moins de périadénite. Le malade signale, à cette date, grâce à l'entrée d'un sujet parlant le Français et le Portugais, qu'il souffre de la gorge et d'une céphalée nocturne pénible. Nous notons en outre l'existence d'une adénopathie cervicale bilatérale faite de petits ganglions durs, indolents. La réaction de Hecht-Sabrazès est modifiée et est devenue fortement positive (+ + + +).

Un traitement antisyphilitique est commencé aussitôt et après sept injections intraveineuses quotidiennes de cyanure de mercure à la dose quotidienne de 1 centigramme, apparaît une roséole syphilitique caractéristique.

On passe alors (6 mars) au traitement novarsénobenzolé par voie intraveineuse.

Jusqu'au 16 avril 1929, après une dose totale de 5 gr. 25 de novarsénobenzol, l'adénite a continué à s'améliorer bien que les injections de sulfate de cuivre aient été suspendues depuis le 26 février, mais il existe encore une tuméfaction étalée faite de plusieurs ganglions réunis par une gangue de périadénite. La peau n'y adhère plus et a retrouvé sa coloration normale. L'adénite iliaque n'a pas changé de caractère depuis le 26 février. Dès lors toute amélioration cesse jusqu'au 23 avril, le traitement par les injections de sulfate de cuivre ammoniacal étant alors repris. Le 4 mai 1929 après onze nouvelles injections de sel cuprique, dont 9 à 3 centimètres cubes, on constate une disparition à peu près complète des masses inguinale et iliaque. Cependant l'observation continue jusqu'au 30 mai, date de l'exéat du malade, qui prend par la bouche de la teinture d'iode à doses croissantes de XX gouttes à CXX gouttes par jour.

A son départ son état est le suivant :

La peau de l'aine est souple, non adhérente aux plans sous-jacents. Aux deux extrémités du pli inguino-crural on trouve deux petites masses du volume d'une amande, non douloureuses, dures, mobiles, bien limitées. Dans la fosse iliaque, collée à l'arcade crurale, une petite tumeur oblongue de la grosseur d'une noisette est le seul vestige de la volumineuse adénopathie iliaque constatée à l'entrée.

L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que le lymphogranulome s'est amélioré au début, mais lentement, par le seul traitement cuprique, que l'amélioration a été plus accusée ensuite avec le traitement novarsénobenzolé, mais qu'il n'a bien guéri que par l'association des deux traitements.

Le diagnostic de lymphogranulome de Nicolas et Favre est indubitable. L'apparition des accidents secondaires, la guérison partielle de la tuméfaction inguinale par le traitement spécifique suffit à justifier la part prise par le tréponème dans l'adénite inguinale.

La syphilis secondaire peut parfois, rarement il est vrai, à elle seule provoquer des adénopathies subaiguës volumineuses, inflammatoires, avec ramollissement, nous en avons observé et signalé (1) un cas remarquable, mais chez le malade dont nous relatons l'observation aujourd'hui, l'adénite n'a pu guérir complètement par le traitement antisyphilitique intensif seul. Le reliquat de cette adénite présentait bien les caractères nets du lymphogranulome inguinal, guéri dans la suite par les injections intraveineuses du sulfate de cuivre ammoniacal.

La coexistence de l'adénite de Nicolas et Favre et de la syphilis s'explique par une double infection de même source et contemporaine, mais de nature différente. C'est une preuve de plus de l'origine vénérienne du lymphogranulome.

(1) G. Petges, P. Le Coulant. Polyadénopathie inflammatoire aiguë syphilitique avec ramollissement. *Journal de médecine de Bordeaux* 10 mai 1927.

UN TRAITEMENT RUSSE DE LA GALE

Par M. R. HUERRE, Docteur ès sciences, ancien Interne en pharmacie des Hôpitaux de Paris.

Dans le numéro de juin 1929, des *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, est paru, sous la signature de Bermann, et sous le titre *Essai de lutte contre la gale dans la région de Kharkov*, une analyse d'un travail publié en février 1929 par *Profilaktitcheskaïa Medizina*.

Dans la région de Kharkov, on trouve, de 6 à 10 o/o de galeux, dans les consultants des policliniques régionales. Voici comment on les traite, avec succès, paraît-il :

Le malade se frictionne, pendant six jours, le soir, avec une solution d'hyposulfite de soude, et, le lendemain matin, avec une solution diluée d'acide chlorhydrique.

La solution d'hyposulfite de soude est obtenue en dissolvant 200 grammes d'hyposulfite dans 300 grammes d'eau.

La solution d'acide chlorhydrique serait une solution à 2,50 o/o : on en délivre 400 grammes pour le traitement complet.

Il nous a semblé intéressant d'étudier d'un peu près les causes d'activité d'une méthode qui, en raison de son bas prix de revient, remplacerait avantageusement les techniques actuellement suivies dans les hôpitaux de Paris.

Il n'y a rien à dire à propos de la solution d'hyposulfite de soude; on doit, bien entendu, employer l'hyposulfite de soude du commerce, hydraté, à 5 molécules d'eau.

Que doit-on entendre par solution d'acide chlorhydrique à 2,50 o/o? On pourrait admettre qu'il s'agit d'une solution contenant 2,50 o/o d'acide chlorhydrique officinal. Nous croyons plutôt qu'il faut comprendre une solution à 2,50 o/o d'acide chlorhydrique gazeux. Nous verrons pourquoi.

On obtient les 400 grammes d'acide chlorhydrique à 2,50 d'HCl

gazeux o/o, en mélangeant 30 grammes d'acide chlorhydrique officinal et 270 grammes d'eau.

Les 500 grammes de solution d'hyposulfite de soude et les 400 grammes de solution chlorhydrique constituent le traitement des six jours. La dose quotidienne comportera donc l'emploi de 83 gr. 33 de solution d'hyposulfite, et de 66 gr. 66 de solution chlorhydrique. Pour simplifier, ramenons les poids aux volumes : les 83 gr. 33 mesurent 70 centimètres cubes : de même, les 66 gr. 66 de solution chlorhydrique mesurent aussi sensiblement 70 centimètres cubes.

L'efficacité du traitement résulte, naturellement, de la formation de soufre et d'anhydride sulfureux, du fait de la réaction de la solution d'acide chlorhydrique sur l'hyposulfite de soude.

Voyons donc, théoriquement d'abord, ce qui se produit quand on mélange les 70 centimètres cubes de solution chlorhydrique et les 70 centimètres cubes d'hyposulfite de soude.

Nous ne donnerons pas ici le détail des calculs ; nous dirons seulement qu'en faisant agir 70 centimètres cubes d'une solution d'acide chlorhydrique à 2,50 o/o d'HCl gazeux sur 70 centimètres cubes de la solution d'hyposulfite de soude, qui contiennent 33 grammes d'hyposulfite, la quantité totale d'acide chlorhydrique ne réagit que sur 6 gr. 45 d'hyposulfite de soude, avec libération de o gr. 83 de soufre.

Nous avons vérifié le calcul, en faisant réagir 70 centimètres cubes de la solution d'acide chlorhydrique sur 70 centimètres cubes de la solution d'hyposulfite. Le soufre précipité est recueilli sur un filtre taré. Après dessiccation, on constate que le poids du soufre est de o gr. 81.

Si on employait une solution chlorhydrique à 2,50 o/o d'acide chlorhydrique officinal, au lieu de la solution à 2,50 o/o d'acide chlorhydrique gazeux, la théorie montre que la quantité de soufre libéré ne serait que de o 28 cg. : l'expérience nous donne un chiffre un peu plus élevé : 0,31 cg.

La quantité d'anhydride sulfureux produit simultanément sera de 1 gr. 66 pour 0,83 de soufre et seulement de o gr. 56 pour o cg. 28 de soufre.

En résumé, on voit :

1° Que la quantité d'hyposulfite de soude employée est de beau-

coup supérieure à celle qui serait nécessaire pour que la transformation de l'acide chlorhydrique en chlorure soit totale : on pourrrait donc, sans rien changer à la quantité d'hyposulfite de soude, doubler, tripler, quintupler même, la quantité d'acide chlorhydrique sans qu'il reste d'acide chlorhydrique libre, et, par suite, irritant pour la peau : la proportion de soufre libéré et d'anhydride sulfureux produit augmenterait ainsi considérablement.

2° Si le traitement, tel qu'il est décrit, suffit, après 6 applications, à détruire le sarcopte de la gale, il faut admettre son efficacité à des doses médicamenteuses extrêmement faibles, puisque la quantité de soufre libéré n'atteint pour chaque application que o gr. 83 et que cette très petite quantité doit agir sur tout le corps : nous sommes loin des quantités de soufre que représente une friction à la pommade d'Helmerich.

On ne peut d'ailleurs négliger la présence de l'anhydride sulfureux qui se produit en même temps que le soufre, et dont le poids, nous l'avons vu atteint 1 gr. 66.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en septembre 1929.

Annales de l'Institut prophylactique (Paris)

La frontière de la maladie dans les humeurs, par A. Vernes. *Annales de l'Institut prophylactique,* tome I, n° 3, troisième trimestre 1929, p. 177.

Des études cliniques doivent être préparées par des études anatomiques et physiologiques. Il en est de même pour le sérum. Il faut étudier le sérum normal d'abord ; on ne peut pas dire que tel sérum est syphilitique parce qu'il flocule. Dans certaines conditions que rappelle V. *tous* les sérums floculent. Il y a à délimiter, à bien connaître la frontière placée entre la floculation normale et la floculation pathologique.

H. Rabeau.

Etude comparative des réactions de Vernes, Sachs, Meinicke, Meyer, et Kahn, par N. Rapoport. *Annales de l'Institut prophylactique,* tome I, n° 3, troisième trimestre 1929, p. 179.

Cet important travail qui a fait l'objet de la thèse de R. a été basé sur l'étude des sérums de 2.000 sujets. Pour chaque sérum, il a été établi un graphique ; 37 de ces graphiques sont reproduits, résumant tous les cas observés. Nous ne pouvons que reproduire les conclusions.

« Les réactions de Sachs-Georgi, de Meinicke, de Meyer modifiées par Madsen et Morel (sigma-réaction) et de Kahn se rapprochent de la réaction de Vernes qui leur a tracé la voie ;

Celle qui se rapproche le plus par ses résultats est la réaction de Sachs-Georgi ;

La réaction de Meinicke peut assurément monter plus haut ou plus tôt et être déclarée plus « sensible » dans le sens courant du mot ; mais cette sensibilité à laquelle on a si longtemps ramené toute la valeur de la réaction a en réalité le plus grave de tous les défauts, celui de montrer la syphilis là où elle n'est pas. Cet inconvénient, la réaction de Meinicke le partage avec des réactions de Meyer et de Kahn ».

(R. donne les techniques suivies). H. Rabeau.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

La loi allemande du 18 février 1929 sur les maladies vénériennes. Son application pratique, par P. Bergerel. *Annales des Maladies Vénériennes,* 24e année, n° 9, septembre 1929, p. 837.

Cette loi supprima, le 1er octobre 1927, sur toute l'étendue du Reich toute réglementation administrative de la prostitution et décréta la fermeture des maisons de tolérance. La Société allemande pour la lutte contre les maladies vénériennes avait dans le même temps intensifié son action et perfectionné cette vaste organisation d'assistance sociale qui existait depuis longtemps, substituant ainsi l'action des œuvres de bienfaisance à l'action de l'administration, remplaçant les mesures de police par les mesures d'hygiène. On lira dans ce mémoire et surtout dans la thèse de Chapireau comment fonctionne cette organisation, comment se fait le dépistage des sources de contagion, quelles mesures de coercition on a à sa disposition, quel traitement est mis en œuvre, qui en supporte les frais. Chargé du centre de vénéréologie de l'Armée du Rhin, l'auteur a pu constater que du 1er octobre 1927 au 1er octobre 1928, la morbidité vénérienne était seulement de 0,19 pour 1.000, en décroissance de près d'un tiers sur la morbidité des années précédentes. Il se garde d'en tirer des conclusions générales. La loi vaut ce que vaut l'autorité chargée de l'appliquer. H. Rabeau.

Un nouveau cas d'ulcère aigu de la vulve chez une vierge, par Gougerot, Burnier et Oury. *Annales des Maladies Vénériennes*, 24e année, n° 9, septembre 1929, p. 861.

Jeune fille de 14 ans $\frac{1}{2}$, se présentant avec une ulcération des grandes lèvres datant de 8 jours. La malade au moment de ses règles a été prise de violents frissons avec température à 40°, et douleur vive à la vulve. Sur la face interne des grandes lèvres œdématiées, on constate une vaste ulcération à fond rouge et sanieux, à bords saillants. A la périphérie, zone érythémateuse parsemée de petites ulcérations lenticulaires. Pas d'adénite inguinale. Les frottis montrent la présence de *Bacillus crassus*. La malade guérit spontanément en 8 jours, conservant dans ses sécrétions vaginales du *Bacillus crassus*.

H. Rabeau.

Un cas de maladie de Maurice Raynaud, par J. Martinez. *Annales des Maladies Vénériennes*, 24e année, n° 9, septembre 1929, p. 864.

Il s'agit d'un homme de 34 ans, syphilitique depuis 16 ans, traité irrégulièrement par des frictions mercurielles, qui présenta des vertiges, de fortes douleurs dans les doigts et les orteils, puis des sensations d'engourdissement, de froideur, de la lividité, puis des phlyctènes, des ulcérations : maladie de Raynaud chez un syphilitique. Un traitement par le salicylate de soude et le néosalvarsan ne donne aucun résultat. Le traitement par le cyanure de mercure à hautes doses, et l'iodure amena la guérison en deux mois. H. Rabeau.

Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris)

Le vitiligo de la syphilis acquise, par Lacapere. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 5e année, nos 7-8, juillet-août 1929, pp. 386-391, 1 fig.

« La plupart des syphiligraphes sont aujourd'hui d'accord pour considérer le vitiligo, au moins dans la grande majorité des cas, comme un accident dû à la syphilis héréditaire », probablement par atteinte médullaire par le spirochète. Dans un cas récemment observé l'auteur pensa à une syphilis héréditaire de deuxième génération ; cependant quelques semaines plus tard, il trouva des éléments à bordure très légèrement papuleuse, circinés dont l'évolution laissait les taches achromiques du vitiligo. Ce fait se rapproche des vitiligos des Arabes consécutifs à des lésions de syphilis dermique. L'auteur rappelle ses observations anciennes et décrit quatre types : 1° la dépigmentation cicatricielle circonscrite (surface égale à celle des lésions ulcéreuses ou papuleuses) ; 2° la dépigmentation cicatricielle étendue (seule la périphérie a été le siège de lésions spéifiques) ; 3° la dépigmentation cicatricielle excentrique (s'élargissant autour de syphilides peu étendues) ; 4° la dépigmentation sans lésions antérieures.

Parfois une coloration rosée inflammatoire précède la dépigmentation.

De son observation, l'auteur conclut que chez l'Européen comme chez l'Arabe il existe un pseudo-vitiligo au cours de la syphilis acquise, succédant à des lésions cutanées demeurées latentes.

A. Bocage.

Stomatite arsenicale, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 5e année, nos 7 8, juillet-août 1929, pp. 392 393.

Observation d'une stomatite survenant après deux injections de novar (30 et 45 cgr.) caractérisée par gingivite avec ulcération, gonflement des amygdales, adénopathie. Il s'agit d'un phénomène biotropique ; la stomatite guérit rapidement par la continuation du traitement.

A. Bocage.

Fibromes des lobules des oreilles aux lieux de percement de boucles d'oreilles, par G. Milian et Périn. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 5e année, nos 7-8, juillet-août 1929, p. 394, 1 fig.

Deux tumeurs symétriques du volume d'un pois, datant d'un an : fibrome pur. Faciès hérédo-syphilitique, Bordet-Wassermann négatif.

A. Bocage.

Aménorrhée par syphilis héréditaire. Guérison par le traitement mercuriel, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 5e année, nos 7-8, juillet août 1929, pp. 395-396.

Une jeune femme atteinte de périonyxis syphilitique avec quelques rares antécédents de syphilis héréditaire guérit rapidement par sept injections d'huile grise qui font disparaître une aménorrhée ayant persisté de la vingtième à la vingt-quatrième année.

A. Bocage.

Les méfaits des purgatifs au cours de l'eczéma, par J Markianos. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 5e année, nos 7-8, juillet-août 1929, pp. 398-399-400.

L'auteur résume cinq observations assez typiques de malades chez lesquels les purgations réveillaient l'eczéma et déterminaient l'apparition de troubles digestifs ; il estime que la purgation répétée facilite l'absorption des matières nocives. Il est plus simple d'éviter celles-ci par le régime, il rappelle que la plupart de ces malades sont des hépatiques, que l'hyperglycémie existe chez les eczémateux dans beaucoup de cas. Ces malades, la plupart buveurs, avaient une intradermo-réaction positive au sulfate de soude. A. Bocage.

Le manganèse, par Veyrières. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 5e année, nos 7 8, juillet-août 1929, pp. 401-406

L'auteur rappelle les propriétés du permanganate de potasse, son emploi comme antiseptique externe. Pour lui, sa grande indication se trouve dans les infections bulleuses, il faut l'employer en bains à 1 %, et non pas aux doses usuelles ridiculement petites. Un essai de badigeonnage avec une solution à 4 % paraît avoir fait cesser une trichophytie cutanée. L'auteur reste sceptique sur la valeur du permanganate en poudre dans le traitement du lupus.

Le manganèse paraît en outre agir à très petites doses comme catalyseur dans beaucoup de phénomènes biologiques.

A. Bocage.

Bulletin Médical (Paris)

Il ne faut pas étendre injustement le domaine de la cryothérapie, mais il faut reconnaître ce qui lui appartient, par Lortat-Jacob. *Bulletin médical*, 43e année, no 38, 7 septembre 1929.

Dans une de ses « lettres à un praticien » le Dr Clément Simon donnait récemment les indications de la cryothérapie. L. estime qu'il ne lui a pas accordé la place qu'elle mérite. En particulier dans le traitement des angiomes. Tous les angiomes saillants sont accessibles à la cryothérapie. Ils guérissent sans complications, et surtout sans escarres. Les nævi plans, de petite dimension et traités de bonne heure guérissent par le froid bien manié. Enfin le xanthélasma des paupières, l'épithélioma baso-cellulaire à tous ses stades et aussi les kératoses pré-épithéliomateuses sont remarquablement guéries par cette méthode qui n'a jamais occasionné de déboires à l'auteur. H. Rabeau.

Gazette des Hôpitaux (Paris)

Dystrophies dentaires. Leur valeur diagnostique, par Ch. Ruppe. *Gazette des Hôpitaux*, 102e année, no 74, 14 septembre 1929, pp. 1313-1320.

Excellente revue générale sur les altérations dentaires et leur pathogénie. Nous en retiendrons quelques conclusions pratiques.

Les dystrophies et érosions des dents de lait sont rares, elles font penser aux maladies aiguës de la mère et à l'hérédo-syphilis.

Les dystrophies complexes de l'incisive centrale permanente et de la

première grosse molaire du type hutchinsonien sont presque pathognomonique de la syphilis, parce que ces dents calcifient leur germe vers la fin de la grossesse et au début de la vie, ce qui correspond à la période de grande virulence, compatible avec la vie, de l'hérédo-syphilis. On sait que la dent d'Hutchinson est caractérisée par une échancrure semi-lunaire du bord libre de l'incisive centrale supérieure, limitant un pan d'émail irrégulier et brunâtre, sa forme en tournevis, plus large au collet qu'au bord tranchant, plus épaisse et moins large que normalement, et son orientation oblique par rapport à la verticale ; ces caractères sont d'ailleurs rarement tous au complet.

La dent de six ans peut présenter une dystrophie équivalente, le collet est plus large que la surface triturante ; les quatre cuspides paraissant enchâtonnées, étranglées par un sillon circulaire qui les entoure (dent en bourse, en forme de bouton floral) donnant à la dent une forme tronconique.

Contrairement aux précédentes déformations, le tubercule de Carabelli paraît n'avoir aucune signification pathologique, bien que son association avec d'autres stigmates en fasse un signe mineur d'hérédo-syphilis.

Quant aux lésions des autres dents, elles peuvent être dues à bien d'autres maladies infantiles que la syphilis héréditaire ; toutes les toxi-infections sont capables de les engendrer. A. Bocage.

Presse Médicale (Paris)

La culture des ultra-virus est-elle possible ? par M. Hauduroy. *Presse médicale* 37e année, n° 77, 25 septembre 1929, p. 1250.

Oui ! dit H., à condition d'utiliser des milieux nouveaux encore mal connus, difficiles à manier et composés de cellules vivantes. Il faut rompre avec nos techniques habituelles, et nos habitudes de langage.

Que fait-on pour obtenir, par exemple, de grandes quantités de virus vaccinal ? On le cultive sur le flanc d'une génisse ; et le virus rabique ? Le bactériophage, ultra-virus type, se développe aux dépens des microbes vivants.

Toute cellule qui se développe de façon intense semble attirer les ultra-virus comme l'aimant attire le fer, dit H. H. Rabeau.

Journal de Médecine de Lyon.

Myocardite subaiguë syphilitique, par Gravier. *Journal de Médecine de Lyon,* n° 233, 20 septembre 1929, p. 609.

Cette myocardite se traduit par une insuffisance ventriculaire gauche brusque et rapide, qu'aucune lésion valvulaire ou rénale ne peut expliquer.

La signature étiologique en est ordinairement donnée par les signes

radioscopiques d'aortite qui accompagnent toujours cette myocardite et par les stigmates habituels de spécificité.

JEAN LACASSAGNE.

Archives de la Société des Sciences Médicales de Montpellier.

Hydroa vésiculeux de Bazin et ectodermose érosive pluri-orificielle, par JANBON, Mlle LABRAQUE-BORDENAVE et M. ZAKHAJM. *Archives de la Soc. des Sciences Médicales de Montpellier*, juillet 1929, pp. 572-589, 2 fig.

Les auteurs présentent l'observation d'un malade atteint de conjonctivite phlycténulaire droite, de stomatite sévère, d'une éruption vésiculo-bulleuse symétrique, avec fièvre de 8 jours sans symptômes généraux graves, évoluant en 3 semaines.

A propos de ce cas, les auteurs reprenant l'étude générale de l'ectodermose érosive pluriorificielle, pensent avec Jausion que ectodermose et hydroa de Bazin ne sont qu'une même entité nosologique. Ils considèrent l'érythème polymorphe bulleux comme un syndrome à 3 variétés : un syndrome complet cutanéo-muqueux, un syndrome à manifestations cutanées prédominantes (hydroa de Bazin), enfin un syndrome à manifestations muqueuses prédominantes (ectodermose érosive de Fiessinger).

PAUL VIGNE.

Archiv für dermatologie und syphilis (Berlin)

Un cas de porokératose de Mibelli (Ein Fall von Porokeratosis Mibelli), par ELLY SCNABL. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Band CLVII, Heft 2, 1929, p. 207, 2 figures.

Cas de porokératose de Mibelli : lésions localisées à la face et au cou, lésions qui disparaissent en laissant des points atrophiques. L'histologie a montré que le processus a pris naissance dans les pores des glandes sudoripares et a envahi tout l'appareil glandulaire, il a produit des modifications dans l'épiderme et une réaction inflammatoire du derme.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur l'impétigo herpétiforme de Hébra (Ueber Impetigo herpetiformis Hebrae), par A. WERTHEMANN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis* Band CLVII, Heft 2, 1929, p. 214, 9 figures.

Observation et description anatomo-pathologique de lésions dans un cas d'impétigo herpétiforme de Hebra chez une femme de 33 ans, mère de 7 enfants et opérée 6 ans avant l'apparition des lésions cutanées d'un goitre récidivé. Deux jours après cette opération, apparition de symptômes de tétanie parathyréoprive. Aucune amélioration après l'implantation de parathyroïdes, implantation faite deux fois. A la suite d'une nouvelle grossesse, la tétanie s'accentue avec signes manifestes d'hypothyroïdisme. En même temps se développe une dermatite herpétiforme typique de Hebra avec lésions cutanées siégeant sur

l'abdomen, les extrémités, surtout abondantes aux doigts et aux orteils. Mort trois semaines après l'apparition des lésions cutanées après une crise violente de tétanie. L'examen histologique des os du fœtus montre des lésions osseuses du crâne. OLGA ELIASCHEFF.

Sur la genèse du pigment dans la peau et dans les poils de lapins. Recherches sur la valeur des dérivés de pyrrol comme mélanogènes et sur l'influence de la lumière sur la formation du pigment Zur Pigmentgenese in der Haut und den Haaren von Raninchen. Untersuchungen über die Bedeutung von Pyrrolderivaten als Melanogene und den Einflass der Belichtung auf die Pigmentbildung), par SAMUEL M. PECK. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Band CLVII, Heft 2, 1929, p. 234, 5 figures.

Travail expérimental sur la genèse du pigment dans la peau et les poils de lapins gris. Les résultats sont les suivants : après l'injection dans le derme de dérivés du pyrrol (scatol et α-méthylindol), le pigment épidermique augmente localement dans la peau des lapins gris, mais seulement sous l'influence de la lumière. On n'est pas en droit de conclure que ce sont les dérivés du pyrrol qui produisent la mélanogenèse, car l'injection d'autres substances, par exemple d'acide acétique, la Dopa et même les lésions mécaniques peuvent produire une grande augmentation de la production de pigment dans l'épiderme.

L'influence de la lumière est un facteur indispensable à la formation du pigment épidermique. Dans ce sens, c'est la lampe de quartz qui agit le plus, la lumière diffuse solaire agit moins fort. Il semble que les rayons ultra-violets sont les plus actifs dans la formation du pigment. Dans les hyperpigmentations expérimentales, l'auteur a constaté la formation dans la couche basale de nombreux mélanoblastes ramifiés (cellules dendritiques) qui donnent de très fortes réactions à la dopa. L'élimination du pigment épidermique néoformé se produit chez le lapin par une desquamation à l'extérieur, très peu dans le derme par les chromatophores.

Il semble que pour la formation du pigment des poils, c'est la croissance (régénération) et non la lumière qui agit comme irritant.

OLGA ELIASCHEFF.

L'influence sur le fœtus de la malariathérapie de femmes enceintes (Einfluss der Malariabehandlung syphilitischer Frauen auf das Schwangerschaftsprodukt), par E. KLAFTEN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Band CLVII, Heft 2, 1929, p. 280.

C'est un fait connu que les meilleurs résultats pour les enfants nés de mères syphilitiques sont obtenus par le traitement spécifique énergique des mères avant et pendant la grossesse. Le traitement pendant la grossesse est plus important pour le fœtus que celui pratiqué uniquement avant la grossesse. L'auteur a observé 19 cas de grossesse chez des femmes traitées par la malariathérapie avant leur grossesse. Ce traitement a été institué dans le temps par Kyrle dans la syphilis secondaire et latente. Un certain nombre de ces femmes n'a pas été

traité par des médicaments antisyphilitiques pendant la grossesse, tandis que plusieurs ont subi ce traitement. Les résultats obtenus parlent en faveur d'un traitement mixte, salvarsan et bismuth, des femmes enceintes ayant subi auparavant la malariathérapie.

OLGA ELIASCHEFF.

Malariathérapie de la syphilis primaire et secondaire (Malariabehandlung der Frühlues), par W. KERL. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Band CLVII, Heft 2, 1929, p. 294.

Examens de 600 malades sur 1.600 traités à la clinique de Vienne par la méthode combinée salvarsan, métaux lourds et malaria. L'auteur a fait ses recherches à deux points de vue : 1° quelle valeur curative a l'infection malarique au début de la syphilis ; 2° peut-on éviter la syphilis du système nerveux par cette thérapeutique. Les résultats sont les suivants : 35 hommes et 6 femmes atteints de syphilis primaire avec une réaction de Bordet-Wassermann positive ont été soumis à la malariathérapie. Récidives cliniques dans 20, sérologiques dans 11 o/o des cas. Parmi ces 41 cas, on a pu penser seulement deux fois à une réinfection. Sur 202 malades atteints de syphilis secondaire soumis au traitement par la malaria et le salvarsan, on constata 30,7 o/o de récidives. La malariathérapie a donc dans la syphilis primaire séropositive et dans la syphilis secondaire au début une valeur très restreinte, mais elle donne de bons résultats thérapeutiques dans la syphilis secondaire latente (2-6 ans après l'infection). D'après l'auteur, il ne faut pas instituer trop tard la malariathérapie chez des syphilitiques ayant une réaction positive dans le liquide céphalo-rachidien, mais non plus trop tôt, si possible 4 à 6 ans après l'infection.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur un cas de nævus atrophique unilatéral comédonien (Ueber einen Fall von Nævus atrophicans unilateralis mit Comedonen), par LAURIE BOLLE. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Band CLVII, Heft 2, 1929, p. 302, 2 figures.

Observation d'un cas très rare d'un nævus atrophique unilatéral (ou segmentaire) comédonien de la joue chez une fillette de 5 ans. Début dès la naissance, mais augmentation depuis. L'histologie montre une atrophie de l'épiderme et du derme et des excavations remplies de masses cornées. Absence totale de glandes sébacées.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur le sort des syphilitiques non traités par les médicaments spécifiques (Ueber das Schicksal der nicht spezifisch behandelhen Luctiker), par E. BRUNSGAARD. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Band CLVII, Heft 2, 1929, p. 309.

L'auteur montre, après des recherches très approfondies avec un riche matériel à l'appui, l'évolution de la syphilis très peu ou non traitée. Il arrive aux conclusions suivantes :

La syphilis secondaire est déjà accompagnée de complications sérieuses. On trouve le plus souvent à cette période des lésions oculaires et auriculaires d'un pronostic très grave et ce sont souvent les symptômes de lésions méningées. Les lésions syphilitiques tertiaires sont les plus importantes : la première place est occupée par les affections vasculaires et cardiaques, elles sont les plus fréquentes et entraînent le plus souvent la mort. La syphilis parenchymateuse du système nerveux central (tabès et paralysie) est beaucoup moins fréquente. Les éruptions tertiaires de la peau et des muqueuses et des lésions osseuses se rencontrent le plus fréquemment.

Il est certain que l'organisme possède dans un pourcentage assez élevé des réagines d'une telle force qu'elles peuvent même à elles seules amener la guérison, conception défendue par un certain nombre d'auteurs. La thérapeutique moderne de la syphilis par des médicaments non spécifiques est construite sur cette conception et le résultat pratique de la méthode est la malariathérapie introduite par Wagner-Jauregg avec des résultats très encourageants.

Olga Eliascheff.

Expériences dans le traitement d'affections mycosiques du cuir chevelu des enfants avec l'acétate de thallium (Erfahrungen mit Thalliumacetat bei Häarpilzerkrankungen der Kinder), par A. Abijewitsch. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Band CLVII. Heft 2, 1929, p. 333.

Les expériences de l'auteur montrent que les résultats de l'épilation par le thallium sont inférieurs aux résultats obtenus par les rayons X. On obtient avec le thallium des épilations insuffisantes et il n'est supporté avec très peu de manifestations toxiques que par des enfants de 5 à 9 ans ; les enfants âgés de plus de 10 ans le supportent mal. La dose de 0,009 par kilogramme de poids est trop élevée. La préparation utilisée, l'acétate de thallium, est plus ou moins toxique et ne peut pas être recommandé dans la clientèle de ville. Il serait désirable de trouver des produits capables d'enlever les caractères toxiques du thallium.

Olga Eliascheff.

Résultats des examens du liquide céphalo rachidien dans la syphilis tertiaire de la peau et des muqueuses (Liguorbefunde bei tertiäirer Haut-(Schleimhaut-) Lues), par L. Arzt et H. Fuhs. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Band CLVII, Heft 2, 1929, p. 341.

Examens du liquide céphalo-rachidien de sujets atteints de syphilis tertiaire avec lésions cutanées et muqueuses. L'auteur veut élucider s'il existe un antagonisme entre les manifestations syphilitiques tertiaires de la peau et des muqueuses et les lésions du système nerveux central, opinion autrefois très répandue. Dans son grand matériel, l'auteur ne trouve que 10 o/o de lésions du système nerveux central chez des syphilitiques avec manifestations tertiaires de la peau, tandis que 38 o/o ont une réaction de Bordet-Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien. Il croit que ces chiffres font penser à un

antagonisme relatif entre les lésions cutanées gommeuses et celles du système nerveux central. On peut conclure que les modifications allergiques, démontrables par la réaction à la luétine, sont très favorables pour le pronostic et l'auteur croit qu'il serait bon de se contenter de la guérison des manifestations cutanées tertiaires. Les syphilitiques qui ont une réaction négative à la luétine et une réaction de Bordet-Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien doivent être soumis à un traitement spécifique beaucoup plus énergique.

OLGA ELIASCHEFF.

Recherches expérimentales sur le dermotropisme des teignes trychophytiques (Experimentelle Untersuchungen über die Dermatotropie der Trichophytonpilze). par Marion B. SULZBERGER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* Band CLVII, Heft 2, 1929, p. 345.

L'auteur a essayé de reproduire artificiellement *intra vitam* chez des lapins des lésions mycosiques des organes internes pour expliquer le dermotropisme des mycoses cutanées. Ces expériences furent les suivantes :

1° Injections intracardiaques de spores suivies d'une injection de tissu hépatique dans le foie de l'animal ;

2° Électrocoagulation du tissu hépatique sur l'animal vivant et injection intracardiaque avant et après cette électrocoagulation ;

3° Électrocoagulation du tissu hépatique suivie d'une injection mycosique intra- et péri-hépatique ;

4° Injection intracardiaque suivie d'une ligature de l'artère de la rate.

Toutes ces expériences ont été négatives ; il n'a jamais pu reproduire une mycose des organes internes de l'animal pendant la vie. On doit pour le moment expliquer la dermatotropie des hyphomycètes pathogènes de la façon suivante : ils trouvent dans les tissus morts et ainsi dans les tissus cornés de la peau et des poils les meilleures et peut-être les conditions indispensables pour leur développement et leur multiplication et de cette façon ils ont un effet pathogène sur les tissus les plus proches, l'épiderme et le derme.

OLGA ELIASCHEFF.

Préparation de magnésie précieuse dans la dermatologie (Wertvolles Magnesium präparat in der Dermatologie), par Anton TRIJB. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*. Band CLVII, Heft 2, 1929, p. 358.

L'auteur considère le « polysan » (préparation colloïdale d'un hydroxyde de magnésie) comme un des meilleurs médicaments dans le traitement des ulcères de jambes. Il l'emploie en applications locales en pommade et y ajoute 10 o/o d'huile d'olive, s'il existe une grande sensibilité de la lésion. Cette préparation donne aussi d'excellents résultats dans les brûlures, l'érysipèle et dans le lupus érythémateux à éléments jeunes. Dans cette dermatose, le polysan est employé en injections intraveineuses.

OLGA ELIASCHEFF.

L'aspect clinique chez l'homme et l'animal de la tuberculose cutanée des gallinacés (Das Krankheitsbild der Zeflügeltuberkulose der Haut beim Menschen und beim Tier), par Erich Urbach. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Band CLVII, Heft 2, 1929, p. 360, 10 figures.

Étude clinique, anatomo-pathologique et bactériologique de la tuberculose cutanée des gallinacés chez l'homme et l'animal. Il existe, d'après les recherches de l'auteur, quatre formes cliniques de cette tuberculose : la forme aphteuse, septicémique accompagnée de manifestations articulaires et osseuses, les sarcoïdes et les gommes. L'infection dans ces trois formes se fait par voie sanguine, tandis que la forme locale ulcéreuse est probablement due à une infection exogène. Dans un certain nombre de cas on ne trouve pas de bacilles tuberculeux ni dans le sang, ni dans les urines et la peau. L'histologie ne montre pas non plus toujours une structure tuberculeuse, mais on peut cultiver, prélevés sur la peau malade, des bacilles tuberculeux du type gallinacé par la méthode de Lœwenstein-Symiyoschi (méthode à l'acide sulfurique). Très bons résultats obtenus par le traitement précoce à la tuberculine spécifique. L'infection de l'homme est très probablement due, dans les formes hématogènes, à l'absorption d'œufs de poules malades, même d'œufs durs).

Olga Eliascheff.

Melanosis corii degenerativa, une nouvelle dermatose pigmentaire (Die Melanosis corii degenerativa, eine nene Pigmentdermatose), par Siemens. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Band CLVII, Heft 2, 1929, p. 382.

Apparition spontanée au cours d'une bronchite chez un enfant de 4 semaines, enfant microcéphale, atteint de la maladie de Little et d'une lésion cardiaque congénitale, de taches rouges sur la tête, le tronc et les jambes, taches qui prennent bientôt une teinte gris acier. Ces taches de formes bizarres, étoilées et en pointes, sont par places surélevées, plusieurs ont un centre atrophique. L'examen histologique montre une diminution du pigment dans la couche basale, mais des grains pigmentaires dans la couche épineuse à la bordure des cellules épineuses vacuolisées. Dans toutes les couches du derme œdémateux et dont les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont dilatés, se trouve une grande quantité de pigment sous forme de grains ou de masses rondes. Un infiltrat accompagne les vaisseaux.

Olga Eliascheff.

Kératose palmo-plantaire linéaire (Keratosis palmo-plantaris striata), par Siemens. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Band CLVII, Heft 2, 1929, p. 392.

Observation de 4 familles dans lesquelles 46 sujets dans 5 générations sont atteints d'une kératose palmo-plantaire. L'auteur distingue la kératose palmo-plantaire diffuse, circinée et papuleuse. Dans quelques familles, cette kératose se présenta sous une forme linéaire.

Olga Eliascheff.

Pachyméningite hémorragique interne dans la syphilis congénitale (Pachymeningitis hæmorrhagica interna bei Lues congenita), par Guldberg. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Band CLVII, Heft 2, 1929, p. 409.

Observations cliniques et examens histologiques de deux cas de pachyméningite hémorragique interne dans la syphilis héréditaire. Un enfant présenta, à côté d'un tableau clinique de leptoméningite syphilitique, des symptômes d'une paresse spasmodique de l'extrémité supérieure et inférieure. L'autre enfant hérédo-syphilitique certain meurt trois mois après sa naissance cachectique sans symptômes cérébraux. On trouve à l'autopsie dans l'hémisphère droit une pachyméningite hémorragique interne. OLGA ELIASCHEFF.

Sur un cas de carcinome sur lupus (Ueber einen Fall von Lupus carcinom), par L. BERETVAS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Band CLVII, Heft 2, 1929, p. 419, 4 figures.

Observation d'un carcinome sur lupus à foyers multiples, dont un épithéliome baso- et l'autre spino-cellulaire. Le malade a été traité pour son lupus par les rayons X. Ce traitement, sans résultat appréciable, a été suivi d'une radiodermite sur laquelle se sont développées les tumeurs. OLGA ELIASCHEFF.

Pigmentations de la peau par des huiles aromatiques sous l'influence de la sensibilisation (Pigmentationen der Haut, enststanden durch die sensibilisierende Wirkung aromatischer Œle), par JENŒ SZANTO. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Band CLVII, Heft 2, 1929, p. 429.

Expériences pour sensibiliser la peau par les huiles aromatiques contenues dans les différentes eaux de Cologne. Toutes ces huiles peuvent sensibiliser la peau exposée à la lumière. Les huiles aromatiques les plus actives sont : l'huile de bergamotte, l'huile citrin et l'huile Petigrains. OLGA ELIASCHEFF.

Affection cutanée produite par le tyroglyphus siro (Durch Tyroglyphus siro verursachte Haut affection), par SZANTO. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Band CLVII, Heft 2, 1929, p. 434.

Endémie de démangeaisons à Budapest produite par le tyroglyphus siro. Infection de sujets ayant manipulé le foin. Le parasite se trouve fréquemment dans la croûte des vieux fromages, dans la farine et aussi dans d'autres produits alimentaires. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude d'une chimie physiologique et pathologique de la peau. Sur une lipoïdose familiale de la peau et des muqueuses due à une altération diabétique du métabolisme basal (Beiträge zur einer physiologischen und pathologischen Chemie der Haut. Ueber eine familiäre Lipoidose der Haut und der Schleimhauhe auf Grundlage einer diabetischen Stoffwechselstörung), par ERICH URBACH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Band CLVII, Heft 2, 1929, p. 451, 10 figures.

Observation chez des sœurs d'une nouvelle dermatose due à une modification du métabolisme basal. Présence dans le derme de la peau et des muqueuses d'un lipoïde et d'un lipo-albumine inconnus jusqu'à présent et rentrant, d'après les recherches de l'auteur, dans le groupe des phosphatides solubles dans l'acétone.

Consanguinité des parents. Les deux malades sont des diabétiques

latentes ; chez une, régression de la dermatose après un accouchement. Elles ont presque dès la naissance une voix rauque et présentent à la face, aux muqueuses de la bouche et du larynx de multiples papules jaunes ; aux coudes des tumeurs sous forme de nodules d'une teinte bleu-violet, aux doigts des excroissances verruqueuses.

L'auteur considère cette dermatose comme un nævus constitutionnel combiné avec une altération du métabolisme des graisses ayant à l'origine le diabète, altération du métabolisme basal.

Olga Eliascheff.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Etudes sur l'anatomie et la biologie de la peau. XII[e] mémoire (Beiträge zur Anatomie und Biologie der Haut. XII), par W. Frieboes. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVI, f. 5, août 1929, p. 305, 22 figures.



De ce long mémoire, un peu confus, mais riche en faits et citations, nous ne donnons que ce résumé. L'article est à lire attentivement dans le texte.

Il est classique de considérer le système filamenteux de l'épiderme comme une formation des cellules épidermiques et d'admettre que l'aspect en mosaïque de l'épiderme est lié à sa structure cellulaire. F. a soutenu que les filaments épidermiques étaient indépendants des cellules épithéliales. Voici les raisons qui l'ont conduit à cette conception. Tout d'abord, la notion de cellule animale a été consécutive aux constatations faites sur le végétal. Or nul n'admet plus l'autonomie des cellules végétales enfermées dans leur membrane périphérique. Le tissu végétal est constitué par un véritable syncytium nucléé contenu dans des logettes (Kämmerlein) reliées entre elles. Or chez l'animal que trouve-t-on ? Dans la chorde dorsale et le cartilage de Petromyzon, la disposition en logettes polyédriques est évidente. Le contenu est clair, le noyau appliqué à la paroi dans un réseau fibrillaire. Les logettes sont réunies entre elles par des prolongements protoplastiques. Chez l'animal ou l'homme adultes, pas trace d'une pareille structure. Il n'en va plus de même chez le très jeune embryon (cobaye, par exemple) où cette disposition est facile à constater soit sur les coupes tangentielles de l'épiderme soit sur les coupes bien perpendiculaires. Du reste, les travaux antérieurs de Foa, Hoepke, Studnicka, en particulier, avaient signalé et décrit cette disposition.

Donc, chez l'embryon, il y a deux éléments qui concourent à la formation de l'épiderme : 1° un réseau fibrillaire indépendant formé par des cellules mères (Fasermutterzellen) ; 2° un syncytium protoplastique nucléé. Les cellules mères sont *d'origine mésenchymateuse*. Le syncytium est ectodermique.

La couche cellulaire basale n'existe pas ; les fibres, qui aboutissent aux cellules basales s'insèrent sur la membrane basilaire ou passent d'une cellule à l'autre, sont constituées par le réseau fibrillaire

dont les points d'intersection sont occupés par le noyau des cellules mères qui le produit.

Le système réticulaire n'a rien à voir avec les cellules épithéliales. C'est un système autonome (ein eigenes Histosystem) d'emblée constitué dans sa continuité et rempli ensuite du syncytium nucléé. Heidenhain avait déjà expliqué ainsi la structure fibrillaire du muscle cardiaque.

Les travaux de Mangold ont ruiné la notion admise de la stricte spécificité des feuillets embryonnaires et posé à nouveau le problème de la métaplasie. Les organes se forment directement aux dépens des cellules sans qu'on puisse attribuer celles-ci à tel ou tel feuillet exclusivement. Si l'on se rappelle la double composition de l'épiderme, organe véritable (cellules mères mésenchymateuses et syncytium ectodermique) et le fait qu'un syncytium nucléé peut se diviser en cellules sécrétantes, et que les cellules sécrétantes peuvent faire retour à l'état syncytial (cf. cultures de tissu), on comprend que le syncytium épithélial soit capable de s'individualiser en cellules autonomes néoplasiques. Dans le carcinome jeune, le système réticulaire s'efforce de ralentir l'envahissement des cellules épithéliales. Quant au réticulum intratumoral décrit par Borst, il n'est pas formé par les cellules épithéliales, mais bien par la prolifération du tissu conjonctif sous-épithélial. La métaplasie des cellules épithéliales, des cellules carcinomateuses ou des cellules mères en cellules conjonctives est à rejeter. Aux tout premiers temps de la période embryonnaire, certaines cellules mères s'isolent dans le derme ; ce sont les cellules nœviques. Elles perdent la propriété de revenir à l'état embryonnaire.

Dès la première ébauche épidermique, le système fibrillaire acquiert une particularisation spécifique et joue dorénavant un rôle prépondérant dans la formation épidermique, et, chez l'adulte, dans le maintien ou la régénération de l'épiderme.

La formation du tissu conjonctif sous-épithélial (*cutis vasculosa*) aux dépens de l'épiderme n'est vérifiée par rien.

L'épiderme embryonnaire et adulte est pauvre en mitoses. On a voulu expliquer son développement et sa régénération par l'intervention des cellules conjonctives toujours fertiles. Les cellules *adultes* ne sont pas susceptibles de pareilles transformations. De plus l'étude des plaies et des granulomes, montre de façon péremptoire que la régénération de l'épiderme ne se fait qu'aux dépens de l'épiderme (débris de follicules, bords). Même vérification par la culture des tissus.

Dans le carcinome, il y a libération du syncytium qui s'égrène en cellules autonomes, sans participation du réseau fibrillaire franchi ou détruit.

L. Chatellier.

Etude sur la structure de la paroi endothéliale des vaisseaux sanguins (Beitrag zum Bau der Blutgefässendothelwand), par W. Friboes. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVI, f. 6, septembre 1929, p. 385, 3 figures.

La formation des capillaires dans le tissu embryonnaire et le granu-

lome est encore mal connue. On sait que dans certains organes (ganglion, foie, rate, rein) la paroi capillaire est constituée par un endothélium discontinu, dont les fentes sont bouchées par le tissu réticulo-endothélial.

Chez l'embryon humain de 4 ½ à 6 ½ mois, la paroi endothéliale n'est pas constituée par des cellules superposées, mais par des cellules munies de prolongements. Les corps cellulaires avec leurs noyaux regardent la lumière du vaisseau, tandis que les prolongements passent sous le corps des cellules voisines et s'entrecroisent avec les prolongements des autres cellules, comme les doigts s'entrecroisent quand on joint les mains.

Dans les cultures de tissu, les cellules envoient un prolongement protoplasmique, que vient occuper un noyau ; au delà de ce noyau, nouveaux prolongements, que viennent occuper des noyaux ; et ainsi de suite. C'est par un processus identique que se développent les capillaires néoformés. Le bourgeon poussé par le capillaire est plein ; il se creuse ultérieurement d'une lumière et devient à son tour le point de départ d'un nouveau bourgeon. La face interne du capillaire avec les cellules prend un aspect en mosaïque, la face externe est tapissée par les prolongements entrecroisés dans tous les sens. La diapédèse et les hémorragies capillaires s'expliquent aisément : les cellules se glissent dans les « stigmates » pariétaux ; l'infection, par exemple, modifie la contractilité naturelle des cellules endothéliales et facilite la formation des stigmates.

F. a pu vérifier cette particularité sur la veine d'un membre fraîchement amputé : les lacunes intercellulaires y sont évidentes, malgré l'extrême richesse des fibres conjonctives ou élastiques entrecroisées dans tous les sens.

Expérimentalement, il a mis en évidence cette constitution de la paroi endothéliale en injectant de l'encre de Chine dans les vaisseaux d'un embryon de poulet (technique de Elze). L. Chatellier.

Sur la question de l'aortite spécifique chez le lapin inoculé de la syphilis (Zur Frage der spezifischen Aortitis bei experimenteller Kaninchensyphilis), par P. Grigorjew et K. Jarischewa. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVI, f. 6, septembre 1929, p. 395, 2 figures.

Il existe déjà un petit nombre de travaux sur la question. Sur 45 lapins syphilisés par l'inoculation intrascrotale, intraveineuse, intra-oculaire ou par l'hérédité, les auteurs ont étudié l'aorte. 9 fois ils ont trouvé des altérations conformes à celles qui ont été signalées ; 7 fois sur ces 9 cas, il existait des infiltrations calcaires ; or on sait que ces dernières passent pour exceptionnelles dans l'aortite syphilitique. Dans 2 cas, les auteurs ont pu colorer de la manière la plus évidente des spirochètes, ce qui n'avait été décrit (par Bergel) qu'avec des réserves dans l'aortite spécifique du lapin. Ch. Audry.

Influence de la température sur le début et la grandeur des colonies des champignons pathogènes de la peau (Ueber den Einfluss der Züchtungstemperatur auf das Angehen und die Grösse der Kolonien pathogener Hautspilze), par KADISCH. *Dermatologische Zeitschrif*, t. LVI, f. 6, septembre 1929, p. 406, 14 figures.

K. a expérimenté sur 25 espèces d'achorions, d'épidermophytoses et de trichophytoses ensemencés sur le milieu glycériné de Grutz. C'est à + 27° que le développement se fait le mieux et le plus tôt (mieux qu'à + 37° ; il se fait très mal ou pas à + 20°). Il y a lieu de remarquer que cette température se rapproche assez étroitement de la température moyenne de la peau extérieure. CH. AUDRY.

Action exercée sur l'action du thallium par les extraits des glandes endocrines et particulièrement, par les extraits thymiques (Zur Frage der Beeinflussbarkeit der Thalliumwirkung durch Extrakte endokriner Drüsen, mid besonderer Brucksichtigung der Thymus, par J. VASARHELYR. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVI, H. 6, septembre 1929, p. 412.

Ni l'extrait testiculaire, ni l'extrait ovarien, ni la castration n'ont influencé l'action du thallium administré par la bouche à des rats blancs. Au contraire, l'association de l'extrait de thymus au thallium a activé l'influence de celui-ci sur la dépilation de 4 des animaux sur 6 en expérience. Peut-être cela explique-t-il l'action particulièrement intense du thallium chez les sujets jeunes. CH. AUDRY.

Un cas d'infection nécrophorique de la peau chez l'homme (Ein Fall von Nekrophorus-Infektion der Haut beim Munchen), par E. WOHLSTEIN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVI, f. 1, septembre 1929, p. 415.

Le bacille nécrophorique joue un rôle actif en pathologie animale où il revêt différents noms. Chez l'homme, on ne l'a signalé que 2 fois (stomatite, angine). W. donne l'observation d'un vétérinaire qui, 12 jours après la délivrance artificielle d'une vache, présenta une tache jaune sur le dos du poignet. Cette tache s'ulcéra, puis s'accompagna d'une adénolymphite axillaire. Plus tard, elle s'entoura d'un bord œdémateux, tandis que le centre se parsemait de stries hémorragiques. Incision circulaire de la lésion, cautérisation, guérison avec une cicatrice pigmentée. CH. AUDRY.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur la découverte du gonocoque en médecine légale, spécialement sur son diagnostic dans l'étude des taches laissées par les sécrétions (Ueber den Gonokokkennachweis in gerichtlich medizinischer Beziehung speziell in Hinsicht auf die Diagnosestellung auf Grund der Untersuchung von Sekretflecken), par H. LORCH. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, nº 38, 21 septembre 1929, p. 1358, 5 fig.

La recherche du gonocoque est utile en médecine légale tant au civil qu'au pénal. La culture est le plus souvent impossible. La recherche microscopique comporte des méthodes mono- et polychromatiques. Les

méthodes monochromatiques ne permettent pas de différencier le gonocoque d'autres micro-organismes. La méthode la meilleure emploie le vert de méthyle pyronine de Pappenheim, surtout quand on l'associe à la méthode de Gram (au lieu de recolorer avec la fuchsine, employer le vert de méthyle). Ainsi on peut déceler le gonocoque sur des taches toutes petites, même au bout de semaines ou de mois. Il faut d'abord faire macérer dans de l'eau distillée additionnée d'acide chlorhydrique : 2 gouttes pour 100 centimètres cubes d'eau. L. Chatellier.

Saccharomycose pompholiciforme. Sur l'étiologie et la pathogénie des mycoses dysidrosiformes palmaires et plantaires (Saccharomycosis pompholiciformis. Zür Atiologie und Pathogenese der « dysidrosiformen » palmaren und plantaren Mykosen), par T. Benedek. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 37, 21 septembre 1929, p. 1355.

22 malades atteints de dysidrose palmo-plantaire (*Pompholyx Hutchinson*) ont été examinés : 6 localisations palmaires, 6 localisations plantaires, 10 palmo-plantaires.

Dans 5 cas, le contenu de la vésicule a montré le *Schizosaccharomyces hominis* sous sa forme végétative. L'ensemencement a donné, dans tous les cas, une culture pure. 2 fois, culture dans le contenu de la vésicule et dans le sang. Tous les malades ont réagi localement à une injection intracutanée de vaccin à levure. Guérison des vésisules 24-48 heures après l'injection de vaccin. La trichophytine a donné des réactions négatives.

L'ensemencement du plafond de la vésicule et des squames a donné une culture mixte, schizo et hyphomycètes (une fois *Tr. gypseum asteroïdes*, les autres fois, le champignon de Kauffmann-Wolff).

La *dysidrosis lamellosa sicca* est due au seul *schizosaccharomyces*, mais c'est une réaction allergique, le parasite n'y est pas constant).

Dans tous les cas, le foyer initial est au cuir chevelu.

L. Chatellier.

Cultures du spirochète et leur utilité (Spirochätenkulturen und ihre Anwendung), par H. Reiter. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 39, 28 septembre 1929, p. 1401.

Voici la formule du milieu utilisé par R. Faire bouillir à l'autoclave pendant 1 heure, une ½ livre de foie de bœuf (sans fiel) dans 800 centimètres cubes d'eau courante ; ajouter 3 o/o de Peptone, 0,50 o/o de NaCl. Nouvelle ébullition d'une demi-heure. *Ph* = 8. Ajouter 2 o/o de sucre de raisin ; troisième cuisson d'une demi-heure. Le foie cuit est coupé en morceaux de 1-2 centimètres de longueur et stérilisé pendant 1 heure. 3-5 morceaux sont ajoutés à un tube contenant 8 centimètres cubes du bouillon de foie. Stérilisation. Dans ce milieu, les spirochètes conservent toutes leurs propriétés.

L'emploi de la culture comme moyen de diagnostic ou pour la préparation de l'antigène de la réaction de Wassermann n'a pas encore donné des résultats absolument satisfaisants. Cependant, sur 588 mala-

des, la réaction de Wassermann a été faite avec un antigène non spécifique et avec un antigène spirochétique : il y a eu 85 o/o de concordance (436 négatives, 45 positives fortes, 17 positives faibles). Parmi les 90 divergences, 36 sérums ont été négatifs ou positifs faibles avec l'antigène spirochétique, alors qu'ils étaient nettement positifs avec l'autre antigène : 36 syphilis traitées, 18 réactions positives à l'extrait spirochétique, négatives à l'extrait habituel : syphilis plus ou moins soignées. Sur 4 cas de syphilis vraisemblable, 3 réactions positives avec l'extrait spirochétique seul, une réaction positive avec l'extrait habituel. 2 réactions non encore positives à l'extrait habituel (chancre). Des 30 cas restants, 11 ont été examinés de nouveau : concordance des deux antigènes. Quant à l'emploi thérapeutique des cultures de spirochètes, la question demande encore des recherches.

L. CHATELLIER.

Pour simplifier la coloration des spirochètes (Zur Vereinfachung der färberischen Nachweises der spirochäten), par E. KEIL. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 39, 28 septembre 1929, p. 1398.

H. Muhlpfordt a démontré la valeur du Victoria IV R. pour la coloration du spirochète. K. en l'associant au vert de méthyle-pyronine, a renforcé son action : il suffit de modifier la formule de Pappenheim-Unna, en remplaçer l'eau phéniquée par l'eau distillée. Voici la formule :

Victoria IV R., 3,00 ; Pyronine, 0,9 ; Vert de méthyle, 0,1 ; Alcool à 100, 9 ; Glycérine, 10 ; Eau distillée q. s. p., 100.

Ce colorant donne, en 3-4 minutes, une belle coloration bleu noir aux spirochètes. L. CHATELLIER.

Clinique et diagnostic de l'angiome caverneux de la langue (Zur Klinik und Diagnostik des Angioma cavernosum linguæ), par O. DERBANDIKER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 39, 28 septembre 1929, p. 1315, 2 figures.

Jeune fille de 16 ans dont la langue, dans ses 2/3 antérieurs, est épaissie, élargie ; la surface supérieure de langue est occupée, à l'exception de la pointe, par des tumeurs rondes, bleuâtres, atteignant les dimensions d'un pois et au-dessus. A la face interne, les tumeurs sont plus nombreuses et quelques-unes sortent de la bouche. Leur consistance est celle d'une masse compacte, indolore. La région linguale se tuméfie quand on fait baisser la tête, grâce à la réplétion sanguine. Au microscope : épiderme épaissi par place, par place atrophique, enveloppant les cavités irrégulières qui occupent le derme, séparées les unes des autres par une paroi conjonctive. Certaines d'entre elles sont vides, les autres contiennent du sang. Hémangiome. L. CHATELLIER.

Expériences faites avec la micro-masticréaction rapide de Melczer et Dahmen (Erfahrungen mit der Schnell-Mikro-Mastixreaktion von Melczer und Dahmen), par RIEBE. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 39, 28 septembre 1929, p. 1406.

R. a comparé, sur 100 liquides, la réaction de Melczer et Dahmen à la normomasticréation de Kafka : il a obtenu 62 résultats concordants, 38 résultats divergents. Il n'a donc pas constaté comme M. et D. la complète concordance avec les autres réactions.

L. CHATELLIER.

Un cas de lupoïdes disséminées de Bœck (Ein Fall von disseminierten Lupoid Boeck), par J. BRIEL. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 34, 24 août 1929, p. 1233, 1 fig.

Chez une femme de 30 ans, sans aucun antécédent et sans aucune lésion viscérale, éruption vieille de 14 ans, légèrement prurigineuse, surtout au moment des règles. L'éruption s'étend sur la face, le cou, le tronc et les membres. Elle est constituée par des nodules bien limités et par des plaques d'infiltration d'intensité variable. Histologie d'un nodule : infiltrat sous-cutané, bien circonscrit, constitué par des nids de cellules épithélioïdes entourés de faisceaux conjonctifs ; le tissu conjonctif est envahi par une infiltration abondante de cellules rondes ; pas de cellules de Langhans ; pas de nécrose. Réaction à la tuberculine positive. Il n'y a pas eu, faute de matériel, de recherches de bacille ni d'inoculation.

L. CHATELLIER.

Sur la production de chancres syphilitiques expérimentaux sur la peau du dos du lapin et du cobaye (Ueber die Erzeugung von experimentell-luetischen Primaraffekten an der Rüchenhaut des Kaninchens und des Meerschweinchens), par C. SCHUMACHER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n°s 32 et 33, 10 et 17 août 1929, pp. 1186 et 1210, 4 figures.

La voie transcutanée a été peu employée dans la syphilis expérimentale du lapin. S. s'est attaché à en fixer les conditions et les résultats. Technique : le territoire cutané est épilé (pas de rasage, pas de pâte épilatoire) pour prévenir la prompte repousse du poil, qui empêche le développement des lésions d'inoculation. La suspension de spirochètes (souche Truffi) est injectée dans le derme : il se produit alors une papule nette, blanchâtre. Au bout de 1-2 jours, il ne reste que la trace de la piqûre. En moyenne, le chancre commence 4-6 semaines après l'inoculation sous la forme d'une infiltration circonscrite, qui devient bientôt une papule. Celle-ci se couvre d'une croûte épaisse, adhérente, enchâssée dans la peau. Sous la croûte qui ne tombe jamais spontanément, on voit une surface séro-sanglante, rouge-brun, avec tous les caractères cliniques d'un chancre. Le suc du chancre est riche en spirochètes ; en général, le nombre de chancres est moindre que le nombre d'inoculations. La couleur du poil n'a aucune importance. Quand les inoculations sont trop proches l'une de l'autre, il y a confluence des chancres. Certains animaux ont présenté, à côté des chancres, en dehors des points inoculés, des lésions papuleuses ; d'autres, des manifestations viscérales à distance (orchite, kératite). L'inoculation intrascrotale du tissu chancreux donne une syphilis identique à

celle des inoculations faites avec la souche-mère. Les lésions obtenues par S. n'ont aucun des caractères cliniques et biologiques de la syphilis spontanée du lapin. Sur le cobaye, l'inoculation intradermique réussit aussi : le chancre est plus petit et guérit vite (2-3 semaines).

L. Chatellier.

Sur le développement des épididymites par les mouvements du canal déférent (Ueber die Entstehang von Nebenhodenentzündungen durch Samenleiterbewegungen), par S. Frey. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, nos 32 et 33, 10 et 17 août 1929, pp. 1175 et 1205.

Sous l'action du courant électrique (excitation du nerf hypogastrique ou du déférent lui-même), le déférent chez le cobaye et le lapin est animé de mouvements péri- et antipéristaltiques. L'excitation mécanique est sans effet : le nitrate d'argent provoque des mouvements antipéristaltiques. Les contractions spontanées ont été observées par quelques auteurs.

F. n'a jamais constaté de contractions spontanées ; mais par l'excitation électrique, pharmacologique (adrénaline *in situ* ou intraveineuse) il a obtenu : une contraction longitudinale (raccourcissement) et une contraction circulaire, plus faible (rétrécissement) ; l'excitation répétée une deuxième fois n'agit plus. Les excitants mécaniques, chimiques et thermiques sont de nul effet. La contraction agit toujours dans le sens de l'urèthre et ne refoule jamais le contenu du canal vers le testicule.

Chez l'homme, l'excitation faradique ne produit aucune contraction. F. ne croit pas à l'existence de mouvements antipéristaltiques vers l'épididyme. Les mouvements du déférent n'ont aucune influence sur le développement de l'épididymite. Celle-ci résulte d'une infection par contiguité, les lésions déférentielles n'étant pas toujours cliniquement appréciables.

L. Chatellier.

Syphilis congénitale transmise par une lapine inoculée dans la chambre antérieure (Angeborene durch ein in die vordere Augenkammer infiziertes Kaninchen übertragene Syphilis), par P. Grigoriew. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 32, 1 août 1929, p. 1122.

Une lapine inoculée dans la chambre antérieure ne présenta aucun symptôme clinique, mais une réaction de Wassermann positive. 3 mois après l'inoculation, portée, dont ne survivent que deux lapines, qui présentent toutes deux une kératite. L'une des deux lapines meurt ; des fragments de son foie et de sa rate sont inoculés dans le testicule d'un lapin : chancre riche en spirochètes 3 mois après.

L. Chatellier.

Singulière migration d'une balle, et considération sur le développement des inflammations de l'épididyme (Seltsame Wanderung eines Geschosses, zugleich ein Beitrag zur Entstehung der Nebenhodenentzündung), par H. Mühlpfordt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 32, 10 août 1929. p. 1169.

Chez un malade, se déclara brusquement une épididymite droite, très douloureuse, accompagnée de déférentite. Urines limpides ; aucun microbe dans les filaments ; pas d'uréthrite ; pas de bactériurie. En novembre 1915, blessure dans le dos par une balle, qui se loge profondément sous la 12e côte et ne cause aucune gêne au malade pendant 14 ans ; en 1928, crise douloureuse dorso-lombaire qui tient le malade couché pendant 3-4 semaines. Un cathétérisme fait sentir au niveau du *veru montanum* une résistance dure, qui se laisse franchir. Radiographie négative ; purgation, qui déclanche une crise très violente, suivie, au bout de quatre heures, de l'expulsion de la balle par l'uréthre. A ce propos, considérations sur le rôle du traumatisme (massage, cathétérisme intempestifs) dans la genèse des épididimytes.

L. Chatellier.

Sur la connaissance de la Citocholréaction (Zur Kenntniss der Citocholreaktion), par E. Klopstock. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 37, 14 septembre 1929, p. 1334.

Selon la technique de la citocholréaction donnée par H. Sachs et L. Witebski, K. a examiné 1.580 sérums, conjointement avec la réaction de Wassermann et la réaction d'opacification de Meinicke. 1.259 sérums ont donné avec les 3 réactions un résultat négatif, 180 un résultat positif. Il y a eu 141 divergences. Dans l'ensemble des réactions positives obtenues avec chaque réaction, 233 R. W. +, 245 MTR +, 267 CR +. Sensibilité plus forte de la citocholréaction, mais nombre relativement élevé de réactions non spécifiques. Une citocholréaction positive ne suffit pas à elle seule. L. Chatellier.

La constitution dans la blennorragie. Un traitement « doux » de la blennorragie (Konstitution bei Gonorrhœ. « Milde » Gonorrhœbehandlung), par H. Hecht. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 37, 14 septembre 1929, p. 1337.

L'évolution de la blennorragie dépend de nombreux facteurs : disposition anatomique de l'urèthre, réceptivité particulière au gonocoque, tendance aux complications, profession du malade, virulence du gonocoque.

Le traitement ambulatoire varie selon l'état de l'urèthre.

Pour les uréthrites peu violentes, injections antérieures d'un sel d'argent dont on varie la concentration pendant 5 semaines, Santal par la bouche. Vérification microscopique avant et après réactivation. Pour les uréthrites aiguës, 15 jours de Santal, puis vaccinothérapie, associée au salol et à l'uroformine par exemple. Guérison de l'uréthrite postérieure en 5-6 semaines. Chaque complication (prostatite, épididymite), s'il s'en produit, est traitée comme il convient : repos, suppositoires, application de glace ou de cataplasmes chauds. Puis on recourt aux injections à faibles doses. Mêmes résultats que par les autres méthodes. L. Chatellier.

Une nouvelle contribution à la question de l'amylose localisée de la peau (Ein Beitrag zur Frage der örthichen Amyloidosis der Haut), par C. Gutmann. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 35, 31 août 1929, p. 1255, 4 figures.

G. ajoute aux cas qu'il a déjà publiés les observations suivantes :

1° Sur le pouce d'un homme de 71 ans, évolue depuis plusieurs années une lésion verruqueuse et croûteuse, qui cause au malade des sensations de brûlure vive et prolongée. Histologie : hyperkératose, parakératose et acanthose très accentuées ; dans le derme, pas de réaction inflammatoire, sa partie superficielle est occupée par une substance en grumeaux, abondante, donnant les réactions de l'amyloïde ou d'un corps très voisin (teinte gris jaunâtre ou jaune par le Van Gieson). Les lésions épithéliales précèdent et conditionnent l'amylose.

2° En 6 mois se développe, chez un homme de 61 ans, sur la surface de flexion des poignets et sur les pieds, un exanthème constitué tantôt par de toutes petites taches brun-rouge ou de petits nodules, tantôt par des zones de coloration livide ou brun rougeâtre, avec formation de bulles. Histologie : épiderme normal ; dans le derme superficiel, y compris la zone papillaire, inflammation banale et amas grumeleux d'amyloïde ou d'un corps voisin. L. Chatellier.

L'état actuel du sérodiagnostic de la blennorragie (Die gegenwätige Stand der Serodiagnose der Gonorrhœ), par A. Cohn. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 38, 21 septembre 1929, p. 1370.

C. cultive le gonocoque sur le milieu de Levinthal. Pour préparer l'antigène, il prélève les cultures de 48-72 heures en ajoutant à chaque tube 5 centimètres cubes de sérum physiologique ; puis il met la suspension microbienne à la glacière, après addition de 0,5 o/o de phénol. Il laisse mûrir l'antigène 2-3 mois pour en assurer la stabilité. 6 à 12 souches suffisent et l'antigène donne des résultats comparables à ceux d'antigènes faits avec des souches plus nombreuses. L'âge des souches n'importe pas : récentes ou depuis longtemps entretenues, elles donnent les mêmes résultats.

Même technique que pour la réaction de Wassermann. Le sérum du malade ne doit pas dater de plus de 3 jours. Il faut savoir que dans la gonoréaction il y a toujours un retard de l'hémolyse par rapport à la réaction de Wassermann.

La réaction négative ne permet pas d'éliminer la blennorragie. En général, la séro-réaction apparaît vers le 15e jour. Elle persiste même après la disparition microscopique du gonocoque. D'où son utilité dans les affections extra-génitales : peau, muscle, articulation, cœur, etc. D'après l'auteur, il y aurait 5-7 o/o de réactions positives non spécifiques. L'influence d'une réaction de Wassermann positive n'est pas aussi grande qu'on le dit. La gonoréaction n'a pas de valeur pronostique. La négativation de la réaction, associée à la guérison clinique ou histologique, confirme celle-ci. La vaccination provoque chez l'indi-

vidu l'apparition de la gonoréaction, qui peut persister jusqu'à 3 mois ; au delà, il faut penser à un foyer gonococcique latent.

L. Chatellier.

Sur la méningite blennorragique (Ueber Meningitis gonorrhoica), par K. Lorentz. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 36, 7 septembre 1929, p. 1305.

L. commence par rappeler les observations de méningites blennorragiques suppurées qui ont été publiées depuis le premier cas, jadis signalé par Pidoux : observations avec autopsie, observations plus récentes déterminées par la ponction lombaire. Tous ces cas sont encore peu nombreux. L. donne l'observation personnelle d'un homme de 30 ans atteint de chaudepisse chronique qui présenta un syndrome de septicémie (polyarthrites, pétéchies) accompagné d'un syndrome de méningite aiguë. La ponction lombaire fournit un liquide louche avec 1.616 cellules par millimètre cube, généralement des polynucléaires ; guérison. L'étude bactériologique faite par Levinthal permit d'affirmer qu'il s'agissait bien de vrais gonocoques.

Tous les cas connus ont été observés chez des hommes ; il s'agit habituellement de blennorragie chronique avec complications locales et générales. 4 fois seulement, la détermination bactériologique du gonocoque a été irréprochable. La symptomatologie est celle d'une méningite aiguë ; le pronostic est grave. La guérison, si cela se produit (8 fois sur 17) ne laisse pas de séquelles. Le traitement est symptomatique ; on injecte du sérum antigonococcique ou antiméningococcique. Ponctions lombaires répétées.

Ch. Audry.

Prurigo d'été et vitiligo (Sommer prurigo und Vitiligo), par F. Weinberger. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 37, 14 septembre 1929, p. 1332, 2 figures.

D'après Behring et Meyer, les rayons ultra-violets n'exercent d'action que sur les tissus qui les absorbent. W. mentionne et figure un homme qui ne présentait des altérations de prurigo d'été que sur les surfaces d'un vitiligo. L'action des rayons chimiques est donc rendue possible par l'absence du pigment cutané.

Ch. Audry.

Un cas d'hypersensibilité au salvarsan persistant au bout de 16 ans (Ein Fall von 16 Jahre lang erhaltener Salvarsan Impfindlichkeit), par R. Birke. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 37, 14 septembre 1929, p. 1357.

Un homme de 31 ans présente, en 1912, un exanthème salvarsanique grave. En 1928, devenu paralytique général, 0,30 de néosalvarsan déterminent une dermatite grave qui paraît avoir joué un rôle important dans la mort qui suivit bientôt.

Ch. Audry.

Recherches sur le système nerveux dans le pemphigus vulgaire et végétant (Ueber Untersuchungergebnisse am Nervensystem bei Pemphigus vul-

garis et vegetans), par G. Riehl jun. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 37, 14 septembre 1929, p. 1327.

L'examen des ganglions spinaux et sympathiques n'y a montré que des altérations séniles, irrégulières qui ne sauraient pas avoir de rapports avec le pemphigus. Dans leur partie mésodermique, on ne trouva pas d'altérations inflammatoires possédant une signification. Les faibles altérations que l'on put déceler dans les cellules des ganglions spinaux doivent être considérées comme des altérations rétrogrades dues aux lésions des extrémités nerveuses terminales de la peau. L'origine neurogène du pemphigus est à écarter. Ch. Audry.

Archivos de los Hospitales de la Sociedad de Beneficiencia de la Capital (Buesnos-Aires)

Creeping disease, par Luis E. Pierini. *Archivos de los hospitales de la Sociedad de Beneficiencia de la Capital, Buenos-Aires*, 3e année, n° 4, juillet 1929, p. 58, 5 fig.

La myase rampante cutanée (creeping disease) est très rare à Buenos-Aires. Deux cas, observés dans l'espace de cinq mois, fournissent à L. P. l'occasion de quelques remarques sur cette affection.

Chez les deux malades, âgés respectivement de deux ans et de dix-huit mois, l'éruption a revêtu les caractères du type européen de Robert Lee (éruption linéaire très longue, rosée, légèrement perceptible au toucher, ne formant pas de petits abcès et terminée sur celle de ses extrémités qui progresse par des élevures prurigineuses typiques).

Le parasite en cause était vraisemblablement un *gastrophillus* à l'état larvaire. J. Margarot.

Intertrigo péri-auriculaire comme localisation de la diphtérie chez le nourrisson (Intertrigo periauricular como localizacion de la difteria en el niño de pecho), par Pedro de Elizalde et Leonardo Rodriguez Gaete. *Archivos de los hospitales de la Sociedad de Beneficiencia de la Capital, Buenos-Aires*, 3e année, n° 4, juillet 1929, p. 70, 5 fig.

L'intertrigo périauriculaire, affection banale chez les nourrissons hospitalisés dans les salles communes, est parfois infecté par le bacille de la diphtérie qui pullule abondamment dans ce milieu.

L'association du bacille de Lœffler à la flore pyogène habituelle de ces intertrigos peut donner lieu :

1° A des diphtéries bien définies, avec des lésions locales et une intoxication caractéristique ;

2° A des processus sans manifestations locales, ni générales de caractère spécifique.

Ce second groupe comprend toute une gamme d'affections, depuis la simple présence de germes diphtériques, sans modifications de l'aspect de l'intertrigo banal, jusqu'aux formes graves dans lesquelles le trouble nutritif d'origine infectieuse l'emporte sur les phénomènes toxiques.

Il s'agit vraisemblablement de diphtéries atypiques, dont l'évolution particulière résulte de leur développement sur des organismes héréditairement protégés par un pouvoir antitoxique, mais incapables d'empêcher les effets locaux du bacille. J. MARGAROT.

Wiener Klinische Wochenschrift (Vienne)

Gommes comme phénomènes irritatifs. (Gommen als Reizphönomen), par F. FISCHL. *Wiener Klinische Wochenschrift*, nº 57, 12 septembre 1929, p. 1297.

Un homme de 57 ans, syphilitique depuis 34 ans, voit à la suite d'applications de rayons X sur l'épaule droite qui portait des ulcérations chroniques, se produire à ce niveau une gomme qui guérit après un traitement spécifique mixte (salvarsan, bismuth, iodure de potassium). Il est remarquable qu'au début de la cure, il se produisit aussi une localisation nécrotique au niveau de la cicatrice de l'ancien chancre.

F. a trouvé publiées 2 autres observations de gommes syphilitiques provoquées par la radiothérapie. CH. AUDRY.

Sur le traitement malarique de la mésaortite syphilitique (Ueber Malariakur bei Mesaortitis metica), p. MIHALJIVIE et O. SPENGER *Wiener Klinische Wochenschrift*. 1929. 19 sept. Nº. 38, p. 1223.

La cure de malaria n'est ni indiquée, ni contre-indiquée en présence de la mésaortite syphilitique. CH. AUDRY.

Sur le traitement de la blennorragie de la femme d'après les, statistiques. (Beitrag zur Behandlung der weiblichen Gonorrhœ auf Grund statitischer Erhhebungen), par R. BAUER et J. SCHWARZ. *Wiener Klinische Wochenschrift*, nº 38, 12 septembre 1929, p. 1221

La statistique (service de Bucura) porte sur 828 malades traités de 1822 à 1828 par le traitement local associé au vaccin antigonococcique. Sur ces 828 malades, 331 ont été régulièrement traités de la sorte, avec 93 o/o de guérisons. Toutefois, les 4 dernières années ont présenté un pourcentage plus satisfaisant que les premières, parce que la vaccination a été meilleure.

Actuellement, dans ce service, on traite par la vaccination non seulement les femmes qui présentent des gonocoques, mais encore celles qui offrent une sérologie positive au point de vue blennorragique.

CH. AUDRY.

Bruxelles médical

Dermatoses et opothérapie, par L. SPILLMAN (de Nancy). *Bruxelles médical*, 9e année, nº 47, 22 septembre 1929, p. 1307.

La seule classification véritable des dermatoses doit procéder du point de vue étiologique. Malheureusement il en est beaucoup dont la cause nous échappe, et on en est réduit à les classer suivant leurs manifestations objectives les plus fréquentes. Le Prof. Spillman s'est

attaché avec ses collaborateurs à déterminer le rôle du dysfonctionnement des glandes endocriniennes dans leur pathogénie. Ce rôle est certain, mais ce serait une erreur d'en déduire qu'il existe des dermatoses d'origine purement endocrinienne. Il n'y a que des dysendocriniens qui réagissent avec leur tempérament, leur milieu humoral, leurs antécédents pathologiques. La méthode des tests avec toutes les recherches qu'elle comporte peut donner dans certains cas des succès remarquables. Dans la pratique, elle est presque impossible. On s'efforcera de fixer la dominante étiologique, la glande qui joue le principal rôle. Par l'opothérapie, on pourra, dans certains cas, rétablir l'équilibre de l'organisme, et guérir la lésion cutanée. H. Rabeau.

Bulletin Médical de Québec

La thérapeutique non spécifique des syphilis nerveuses, par A. Brousseau. *Bulletin médical de Québec*, 30e année, no 8, août 1929, pp. 283-291.

Claire revue générale des différentes méthodes employées successivement dans le monde entier ; l'auteur reste dans les généralités ne détaillant ni la technique ni les doses. Il termine en conseillant impérativement la malariathérapie dans la P. G. P. ; il estime qu'il y aurait aussi intérêt à l'employer dans toute syphilis nerveuse latente tardive avec réaction positive dans le liquide céphalo-rachidien.

A. Bocage.

La Malariathérapie de la paralysie générale, par G. Desrochers et M. Samson. *Bulletin médical de Québec*, 30e année, n0 8, août 1929, pp. 292 à 301.

Généralités sur l'utilité, les indications, la technique, le moment du prélèvement de sang infesté, le temps d'incubation, les réactions de l'organisme.

Sur 11 malades traités par eux en 1927, comportant 10 paralytiques généraux, ils ont obtenu une rémission complète fort démonstrative, le sujet ayant pu reprendre sa profession ; un malade vit disparaître ses douleurs fulgurantes et s'améliorer son insuffisance cardiaque ; un autre cachectique et gâteux peut maintenant se lever et faire quelques petits travaux. Il y eut 4 décès, une syncope cardiaque au cours du troisième accès ; une septicémie à staphylocoques chez un porteur de furoncles ; deux bronchopneumonies.

Une nouvelle série de 23 cas est en cours avec déjà un décès chez un sujet peu résistant. A. Bocage.

Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologie y Sifiliografia. Habana (Cuba)

Quelques observations sur l'étiologie du granulome annulaire (Algunas observationes sobre la etiologia del granuloma anular), par B. Saenz et A. Oteiza. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifiliografia. Habana* (*Cuba*), vol. I, juin 1929. p. 12, 8 fig.

L'histoire clinique de 5 malades, les examens histologiques et les résultats thérapeutiques obtenus autorisent des conclusions étiologiques, que S. et O. considèrent d'ailleurs comme provisoires.

Le granulome annulaire n'est pas une maladie, mais un simple syndrome qui peut reconnaître des causes diverses.

Les lésions anatomo-pathologiques ne sont pas spécifiques.

Il s'agit d'une infection à point de départ vasculaire, dont la nature peut être mise en évidence par des recherches de divers ordres et qui est, suivant les cas, soit la tuberculose, soit la syphilis, soit la lèpre, soit encore une affection microbienne non déterminée.

J. Margarot.

Eruption papuleuse lichénoïde des aisselles et du pubis. Maladie de Fox-Fordyce. Etude d'un cas traité par la radiothérapie et l'opothérapie ovarienne (Erupcion papulosa liquenoïde de las axilas y pubis. Enfermedad de Fox Fordyce. Estudio de un caso tratado por la radioterapia y opoterapia ovarica), par V. Pedro Castello et J. José Mestre. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y sifiliographia. Habana (Cuba)*, vol. I, juin 1929, p. 25, 6 fig.

Ce cas de maladie de Fox-Fordyce est le quatrième de ceux qui ont été publiés à Cuba. Il se rapporte à une jeune femme de couleur. Les papules n'occupaient pas seulement les aisselles et le pubis mais encore les seins, la cuisse droite et le côté gauche de la partie supérieure de l'abdomen. Avec les éléments typiques de l'affection coexistaient des lésions de lichénification dues à un grattage intense.

La guérison a été obtenue en deux mois et demi par la radiothérapie associée à l'opothérapie ovarienne. J. Margarot.

Contribution à l'étude de la mélanogenèse (Contribucion al estudio de la melanogenesis), par Juan Gran y Triana. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifiliographia. Habana (Cuba)*, vol. I, juin 1929, p. 34.

La théorie biologique moderne de l'oxydation prétend expliquer le vaste chapitre de la mélanogénèse sans faire intervenir des agents physico-chimiques aussi importants que la lumière ou en reléguant leur action au second plan.

G. J. T. essaie de démontrer le rôle indispensable des rayons solaires dans le mécanisme de la pigmentation et propose une théorie qu'il ne fonde pas sur des preuves expérimentales, mais sur des faits pratiques, tels que le brunissement des téguments exposés au soleil, aux irradiations ultra-violettes, ou aux rayons X.

Il considère la peau tout entière comme une vaste glande à sécrétion interne qui élaborerait le chromogène. Une partie de cette substance, modifiée par le soleil, se fixerait sur place. L'autre passerait dans le torrent circulatoire et serait transformée en adrénaline dans les capsules surrénales.

Un véritable antagonisme fonctionnel existerait entre ces deux appa-

reils endocriniens. L'équilibre ainsi réalisé serait rompu dans les dermatoses caractérisées par un excès ou par un défaut de pigments.

J. MARGAROT.

Traitement du chancre simple et de ses complications par le vaccin antistreptobacillaire de Nicolle et Durand (Tratamiento del chancro simple y sus complicationes por la vacuna anti-estreptobacilar de Nicolle y Durand), par JUAN JOSÉ MESTRE. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifiliografia. Habana (Cuba)*, vol I, nº 1, juin 1929.

J. M. a traité par le vaccin anti-streptobacillaire de Nicolle et Durand 36 malades (12 chancres simples, 3 chancres mixtes, 3 chancres phagédéniques et 18 chancres compliqués de bubons). A l'exception de 4 malades du premier groupe et d'un seul du dernier, tous ont guéri dans un laps de temps qui varie de 3 jours à 3 semaines.

L'action de ce traitement sur les chancres simples est évidente bien que parfois inconstante.

Il est particulièrement indiqué dans les cas de chancres multiples, ou difficilement accessibles, dans les chancres phadégéniques et dans ceux qui s'accompagnent d'adénites.

La vaccination agit probablement par choc protéique et par un véritable pouvoir spécifique. Elle constitue une méthode biologique supérieure à toutes les méthodes actuellement connues. Elle provoque des réactions générales violentes, mais peut être employée sans crainte sous certaines conditions. J. MARGAROT.

Ecos espanoles de Dermatologia y Sifiliographia (Madrid)

Rôle des autorités sanitaires dans la lutte antivénérienne (Actuacion de las autoritades sanitarios en la lucha antivenerea) par PALANCA. Cycle de conférences de prophylaxie antivénérienne du Dispensaire Martinez Anido. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 5e année, nº 47, août 1929, p. 91.

Cette conférence est la dernière du cycle. P. étudie la double mission thérapeutique et sociale des autorités sanitaires dans la lutte antivénérienne. Il jette les bases d'une organisation idéale comprenant cinq sections principales : un office administratif, une section d'éducation et de propagande sanitaire, une section médicale, une section de coopération et de liaison, une section de réformes législatives.

J. MARGAROT.

La dermatologie et la syphiligraphie à Barcelone (La Dermatologia y la Sifiliografia en Barcelona). Chronique mensuelle par F. WUST BERDAGUER. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 5e année, nº 47, août 1929, p. 809.

A la Société Catalane de Dermatologie et de Syphiligraphie, J. Vilanova Montiu étudie « Le Nodule douloureux de l'oreille ». Deux observations cliniques, complétées par un examen histologique l'inclinent à

penser que, dans cette affection, l'altération cartilagineuse est responsable des autres lésions qui l'accompagnent.

Noguer More fait une communication intitulée : « Angiokératomes et sympathicotonie ».

Chez une jeune fille de 15 ans présentant des angiokératomes, l'épreuve de l'adrénaline met en évidence une sympathicotonie manifeste en relation étroite avec des phénomènes d'hyperthyroïdisme.

Le même auteur présente un malade atteint de sclérodactylie avec basedowisme. Une médication antithyroïdienne a été suivie d'une amélioration très nette.

Dans le même ordre de recherches, Noguer More apporte une note sur le traitement des dermites artificielles par l'inhibition du sympathique. L'administration d'ergotamine a, dans divers cas, fait disparaître le prurit et amené la guérison de la maladie.

J. Margarot.

Sycosis pseudo-chéloïdien de la nuque. Acné chéloïdienne, dermatite capillaire ; sycosis frambœsiforme, acné décalvante etc. (Sicosis pseudokéloïde de la nuca. Acne kéloïde, dermatitis capilar, sicosis framboesiforme, acné décalvante, etc.), par Valentin Fernandez. *Ecos españoles de Dermatologia y sifiliografia*, 5e année, n° 48, sept. 1929, p. 851.

A l'occasion d'un cas typique d'acné chéloïdienne de la nuque, V. F. discute les opinions des différents auteurs et conclut que l'affection ne doit plus figurer au chapitre des acnés. Avec Sabouraud, il la considère comme un sycosis vrai, dû au staphylocoque doré, sans mélange aucun d'infection acnéique. Il propose de la classer parmi les staphylococcies cutanées sous le nom de sycosis pseudo-chéloïdien de la nuque.

J. Margarot.

La Dermatologie et la Syphiligraphie à Barcelone. Chronique mensuelle (La Dermatologia y la Sifiliografia en Barcelona. Cronica mensual, par Wust Berdaguer. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 5e année, n° 48, sept. 1929, p. 855.

A la Société Catalane de Dermatologie et de Syphiligraphie, A. Peyri fait une communication sur la nécessité d'intensifier la surveillance sanitaire de la prostitution. Il conclut que l'hospitalisation des prostituées et la réglementation conservent, au moins provisoirement, leur raison d'être.

J. Cabre Claramunt présente un cas d'épithélioma spino-cellulaire, développé sur un ulcère tuberculeux de la langue, chez un homme de 59 ans, atteint de phtisie pulmonaire ouverte.

Le même auteur apporte une observation d'ictère contemporain d'un chancre syphilitique. La nature spécifique de la jaunisse paraît démontrée par sa persistance malgré un régime sévère et par sa disparition rapide dès la 4e injection d'un traitement par le bismuth.

S. Noguer More présente un malade atteint de « langue sablonneuse ». L'affection est rare et semble due à une infection locale par des germes

divers. Quelques auteurs tendent à la considérer comme une toxi-tuberculide. Les lésions, remarquables par leur caractère familial, ont une évolution variable. Il existe des formes aiguës et des formes chroniques. Ces dernières comprennent deux types : la glossite granuleuse chronique simple et la glossite granuleuse chronique framboesiforme.

J. Margarot.

Ars Medica (Barcelone)

L'évolution des idées sur la thérapeutique de la syphilis par les arsénobenzols depuis vingt ans et ses conséquences cliniques (La evolucion de las ideas respecto a la terapeutica de la lues despues de 20 años por los arseno-benzoles y sus cunsecuencias para la clinica), par Jaime Peyri. *Ars Medica* (Barcelone), 5e année, n° 59, août 1929, p. 265.

L'histoire de la thérapeutique arsénobenzolique peut être divisée en quatre lustres :

Le premier (1910-1914) se rattache à l'idée capitale d'Ehrlich d'une guérison rapide et définitive (*magna therapia sterilisans*).

Le deuxième lustre (1915-1919) a pour caractéristique la simplification des techniques, réalisée par Ravaut et le remplacement des doses élevées par des séries prolongées d'injections.

Au cours du troisième lustre (1919-1924) le bismuth arrive à son heure et trouve une indication opportune dans les cas d'arséno-résistance. On commence à donner des arsenicaux en ingestion.

Le quatrième lustre (1925-1929) se marque par un effort dirigé contre la syphilis quaternaire. La pyrétothérapie est associée à la thérapeutique arsenicale.

Cet historique critique permet à P. de conclure que l'idée persiste de la grande efficacité des arsénobenzènes.

On peut les considérer comme le meilleur traitement des lésions muqueuses, des syphilis aiguës et malignes précoces. Ils sont bons, mais non supérieurs aux autres agents dans les accidents viscéraux et nerveux.

Il constituent la médication abortive par excellence, celle qui permet le mieux la stérilisation de la maladie. Elle est unique lorsque les circonstances rendent nécessaire un traitement continu.

J. Margarot.

Revista Medica Gallega (Santiago de Galicia)

Inoculation du paludisme et réaction d'Herxheimer dans la syphilis nerveuse du type Guillain-Thaon (Paludizacion y reaccion de Herxheimer en sifilis nerviosa tipo Guillain-Thaon), par Enrique Alvarez Sainz de Aja et José Pieltain Manso. *Revista Medica Gallega* (Santiago de Galicia), 9e année, n° 9, septembre 1929.

Un malade présente des symptômes d'une syphilis diffuse du système

nerveux cérébro-spinal du type Guillain-Thaon avec aphasie, dysarthrie, diabète insipide, érythème noueux des jambes et des pieds, parésie faciale et paraplégie. Un traitement par le cyanure de mercure est suivi d'une amélioration.

Peu de temps après, on institue la malariathérapie. La première injection, intramusculaire, est suivie, 13 jours après, d'un accès pendant toute la durée duquel apparaît une forte douleur lombaire. La deuxième, intraveineuse, est suivie d'accès qui s'accompagnent d'une douleur intense de la face postérieure du membre inférieur gauche.

Ce cas, rapproché de faits analogues (crises de douleurs fulgurantes dans le tabès, etc.), montre que l'inoculation du paludisme peut produire de violentes réactions d'Herxheimer, des réactivations intenses de lésions latentes.

Par suite on doit la pratiquer à froid, en dehors de tout état aigu, surtout si l'exacerbation des lésions ou du symptôme en activité peut entraîner de graves complications ou même la mort.

J. Margarot.

La Medicina Italiana

Rapports entre l'étiologie et le traitement du lupus érythémateux, par Pasini. *La Medicina Italiana*, n° 1, janvier 1929.

Cet article est une mise au point de l'état actuel de la question si controversée de l'étiologie du lupus érythémateux et de son traitement.

Étiologie. — Au point de vue clinique, le lupus érythémateux est une dermatose à caractères bien définis ; il ne règne d'incertitude sur ce point que sur les rapports qu'il faut lui attribuer avec l'*érythème et l'érysipèle perstans* ; on discute pour savoir s'il s'agit pour cette dernière affection d'une dermatose indépendante ou de formes de transition du lupus érythémateux.

Au point de vue étiologique, il règne beaucoup d'incertitude. Si l'étiologie tuberculeuse rallie le plus de partisans, avec quelques différences cependant entre la conception ancienne et d'autres plus récentes, on a vu apparaître dans la période contemporaine d'autres théories : influence luétique ; causes physiques externes ; influences toxiques individuelles ; infection streptococcique.

Diverses méthodes de recherche :

Méthode clinique. — Deux groupes d'auteurs, les uns trouvant la tuberculose chez les sujets atteints de lupus érythémateux dans une proportion impressionnante, qui va de 67 o/o par l'examen clinique, à 77 o/o par l'enquête familiale, à 93 o/o par l'examen radiologique, à 100 o/o par l'intradermo-réaction à la tuberculine. Mais d'autres, procédant par d'autres méthodes, notamment par des statistiques comparées de recherches de la tuberculose dans diverses dermatoses, ont vu ces proportions s'abaisser seulement à 28 o/o et même 7,5 o/o.

Méthode expérimentale. — On a utilisé l'étude des *réactions de foyer*

à la tuberculine (les réactions locales et générales étant considérées comme banales). On a vu en effet par ce procédé survenir de véritables poussées nouvelles de lupus érythémateux. Les résultats obtenus furent contradictoires.

On a utilisé également les *intradermo-réactions avec de l'extrait de lupus érythémateux* chez des tuberculeux : on a vu se produire des lésions réactives de type tuberculeux, mais ce qui peut alors surprendre c'est que le tissu du lupus érythémateux lui-même ne présente pas cette structure tuberculoïde ; à cela on peut répondre, il est vrai, que les sujets atteints de lupus érythémateux ont des tissus incapables de donner la réaction habituelle.

On a aussi recherché le *bacille de Koch dans les lésions de lupus érythémateux*, on a pu obtenir des résultats positifs, rarement par la réaction à l'antiformine.

Les *inoculations* ont donné aussi quelques résultats positifs. Enfin, récemment (1926), Schaumann a émis une autre théorie : le lupus érythémateux serait en relation avec une tuberculose des organes profonds, à laquelle il réagit par une *lymphogranulomatose* qui constituerait la manifestation cutanée.

Il semble, de ces divers résultats, se dégager cette opinion que, si la tuberculose est le facteur étiologique *principal* du lupus érythémateux elle n'est pas le facteur *unique* et que l'association d'autres facteurs est nécessaire pour produire cette lésion.

Syphilis : réaction de Bordet-Wassermann assez souvent positive. Résultats favorables sur le lupus érythémateux par les cures antiluétiques. Pour Ravaut, il ne s'agit pas d'une action directe du tréponème, mais de *terrain syphilitique* ou principalement de *syphilis héréditaire*. Schaumann, pratiquant la réaction de Bordet-Wassermann avec des doses de sérum plus fortes que celles qui sont utilisées d'habitude, a obtenu un fort pourcentage de résultats positifs. Les recherches ont été reprises par l'auteur pour étudier cette influence étiologique de la syphilis ; elles ne lui ont pas donné de résultats convaincants et la concomitance de la syphilis chez les sujets atteints de lupus érythémateux lui paraît accidentelle, pas plus fréquente qu'il advient dans les autres affections cutanées.

Streptococcie : d'après certains auteurs, surtout anglais et américains, l'infection streptococcique provoque des foyers qui peuvent exister à l'état latent dans l'organisme (amygdales, gencives, racines des dents, anfractuosités nasopharyngées) et qui, à certains moments, peuvent se diffuser dans l'organisme et provoquer des réactions inflammatoires de la peau, directement ou par l'intermédiaire des nerfs, cette action pouvant être exercée par le microbe lui-même ou par ses toxines. Le Prof. Pasini rapporte un cas qu'il a personnellement observé et qui semblerait confirmer cette conception pathogénique.

Pour sa part, il aboutit à une conclusion éclectique :

« Plus qu'une entité nosologique vraie et propre, dépendant d'une

cause unique et constante, le lupus érythémateux semble devoir être considéré comme un syndrome clinique, qui peut dépendre, suivant les cas, de trois processus infectieux, qui, par ordre décroissant d'importance et de fréquence seraient : le facteur tuberculeux, syphilitique, streptococcique. Il n'est d'ailleurs pas exclu que ces infections constituent seulement le terrain, le substratum sur lequel d'autres facteurs internes (altérations de la nutrition) ou externes (excitants mécaniques et chimiques) provoqueraient l'apparition de la dermatose.

Thérapeutique. — Nous insisterons moins sur cette deuxième partie, les traitements nouveaux du lupus érythémateux ayant été l'objet de nombreux travaux qui ont été déjà examinés dans des analyses précédentes.

L'auteur étudie le traitement par *les sels d'or*. Il conclut que les préparations d'or s'imposent aujourd'hui dans le traitement du lupus érythémateux à cause du notable pourcentage de guérisons qui en résulte, guérisons qui sont surtout fréquentes dans les cas cliniques où semble apparaître la coexistence du facteur tuberculeux et qui concordent avec les résultats obtenus avec les préparations auriques dans les processus tuberculeux en général.

Les *cures antiluétiques* ont également donné des résultats parfois impressionnants. Dans l'ensemble, on peut affirmer que les cures spécifiques antiluétiques dans le lupus érythémateux si elles ne donnent pas, en nombre et en pourcentage, les résultats très encourageants et suggestifs des préparations auriques, comptent à leur actif cependant des guérisons nombreuses et souvent excellentes par résolution rapide et complète du processus. Les nombreux succès obtenus dans le traitement du lupus érythémateux par les préparations spécifiques antiluétiques semblent autoriser à mettre la syphilis au nombre des causes qui déterminent l'apparition de cette dermatose.

Les traitements *antistreptococciques* au moyen de vaccins, ont aussi donné des succès à certains auteurs, mais d'une manière moins constante. Ils semblent agir favorablement surtout dans les formes *migratrices, centrifuges*, d'après Pasini. Mais des recherches plus approfondies sont nécessaires pour pouvoir apprécier la valeur de ce traitement.

Enfin l'auteur fait une brève allusion aux traitements *protéiniques*, par le vaccin *antityphique*, et par les *sels de terres rares*.

BELGODERE.

Archivio italiano di Dermatologia, Sifiliografia e Venereologia (Bologne)

Un cas intéressant de nævus hyperkératosique systématisé, par NICOLO CALUZI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifiliografia e Venereologia*, vol. IV, fasc. 6, juillet 1929, p. 539, 4 figures, bibliographie.

L'auteur fait l'historique des diverses théories qui ont été proposées

pour expliquer les nævi, depuis la naïve opinion populaire des « envies ».

Il en retient une qui lui apparaît particulièrement digne d'intérêt, *la théorie idiotypique de Meirowsky*, à laquelle il accorde une grande valeur en dépit des critiques dont elle a été l'objet. Cette théorie part de la constatation que, chez certains animaux de race pure, les taches colorées se transmettent de génération en génération avec la même disposition. D'autre part, d'après les recherches de Mendel, après l'acte sexuel, avec la fusion du spermatozoïde et de la cellule œuf, les cellules germinales contiennent *l'idiosperme germinal*. Cet idiosperme est divisé en une myriade d'*unités héréditaires*, qui sont aussi nombreuses qu'il y a de districts indépendants dans l'organisme. Le sort du futur organisme dépendrait de la néocombinaison des « unités héréditaires » après l'acte sexuel.

Meirowsky pense que cette théorie est vraie pour toutes les parties de l'organisme, y compris la peau, et que certains territoires cutanés sont disposés suivant un mode « germiplastique ». Et ainsi, suivant les altérations de certaines « unités héréditaires » on aura, dans certains territoires cutanés : pigmentations, hyperkératoses, néoformations vasculaires, etc. Ainsi s'expliquerait par exemple la touffe blanche héréditaire des ducs de Bourgogne. M. dans son ouvrage, a montré par de nombreuses illustrations que le dessin des marbrures chez les animaux et la disposition des nævi chez l'homme sont disposés suivant le même système linéaire.

L'auteur expose ensuite le cas très curieux d'un jeune berger de 11 ans dont le corps présentait sur toute sa surface des nævi qui couvraient bien un quart de l'étendue de la peau. Sur le cuir chevelu, il y avait des taches næviques pigmentées, non hyperkératosiques, couvertes de duvet lanugineux.

Le tronc et la cuisse droite étaient tapissés de taches hyperkératosiques rugueuses, où il n'y avait pas de nævi durs ou mous faisant saillie.

Les poignets, les tendons d'Achille et le cou étaient envahis par des masses hyperkératosiques verruqueuses, au milieu desquelles émergeaient des nævi mous, d'autres durs à pointes, d'autres durs à extrémités pénicillées.

Aux extrémités, prédominait la forme hyperkératosique linéaire, d'autant plus verruqueuse et saillante qu'elle siégeait plus bas.

Sur la muqueuse du nez et de la bouche étaient implantés des amas en choux-fleurs de condylomes acuminés. Les régions palmaires et plantaires étaient envahies par des plaques jaune sombre de kératose.

Or, la disposition de ces formations næviques reproduisait exactement la disposition des *marbrures des chiens danois*, représentée dans le livre de Meirowsky. Et que l'on ne vienne pas dire qu'il s'agit là d'un simple hasard, car des cas de nævi offrant la même disposition sont reproduits par douzaines dans l'ouvrage de l'auteur allemand.

Il semble donc à C. que son cas apporte une confirmation à la théorie originale de Meirowsky. BELGODERE.

Epidermolyse bulleuse dystrophique avec hématoporphyrinurie et altération endocrino-sympathique (Erythrodontie), par Aldo MARCOZZI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifiliografia e Venereologia*, vol. IV, fasc. 6, juillet 1929, p. 555, 5 figures, bibliographie.

M. rappelle qu'il existe deux formes de cette maladie : *forme simple*, et *forme dystrophique*, cette dernière aboutissant à la production d'atrophies cutanées et de kystes épidermiques.

Il rapporte une observation d'un cas qu'il a eu à traiter, chez un enfant de six ans. Il s'agissait de la forme dystrophique car il y avait bien ces atrophies cicatricielles et quelques kystes épidermiques. Pas de consanguinité des parents qui a été invoquée comme facteur étiologique. Pas davantage d'hérédité similaire, bien qu'il existe des observations incontestables de transmission héréditaire de cette affection. Mais ce cas présentait en outre quelques particularités très spéciales : 1° une hématoporphyrinurie accentuée mise en évidence par la méthode de Garrod et la lumière de Wood ; 2° une coloration jaune chocolat des dents qu'il croit pouvoir attribuer à l'imprégnation par l'hématoporphyrine ; 3° une prévalence nette du système sympathique sur le système vagal et une hyperactivité thyroïdienne avec hypoactivité surrénale (mises en évidence par les épreuves pharmacodynamiques et endocriniennes et par un certain degré d'hypertrichose et d'hyperhydrose).

L'enfant fut soumis à un traitement opothérapique pluriglandulaire en raison de ces tests et M. affirme qu'il y aurait eu une amélioration, un espacement des poussées bulleuses.

L'auteur discute ensuite longuement le problème pathogénique. La présence de l'hématoporphyrine est pour lui, à ce point de vue, un fait important, car cette substance possède des propriétés photodynamiques et pourrait déterminer un état d'hypersensibilité de la peau à la lumière. L'hématoporphyrine a du reste été constatée dans d'autres dermatoses bulleuses et notamment l'hydroa de Bazin dont l'étiologie actinique est bien connue. La principale objection qui puisse être opposée à cette conception, c'est que l'hématoporphyrine ne se rencontre pas dans tous les cas d'épidermolyse. Mais cette substance traduit un vice de fonctionnement du foie, une déviation du processus qui transforme l'hémoglobine en pigments biliaires et il se pourrait que d'autres substances encore mal connues, autres que l'hématoporphyrine et douées comme elle de propriétés photosensibilisantes soient élaborées par le foie malade.

Chez l'enfant traité par M. le nombre des globules rouges n'était que de 2.700.000, ce qui semble bien indiquer qu'il y avait une destruction anormale de globules et cette hémolyse expliquerait la présence de l'hématoporphyrinurie.

Une seconde constatation de grande importance au point de vue pathogénique ce sont les perturbations physiologiques neuro-endocriniennes. Plusieurs auteurs en effet ont voulu voir dans ce fait l'explication pathogénique, comparant l'épidermolyse aux autres dermatoses (zona, dermatite herpétiforme) dues à un état d'irritabilité anormale des centres nerveux intéressant la régulation vaso-motrice. Hudelo et Montlaur, chez un de leurs malades, ont constaté un syndrome surréno-hypophyso-thyroïdien et le sujet était suspect d'hérédité syphilitique. D'autres auteurs ont fait des constatations analogues. Le fait que souvent la maladie s'atténue après la puberté, corrobore aussi l'hypothèse neuro-endocrinienne. Toutefois, M. convient que, si cette hypothèse présente beaucoup de vraisemblance, elle ne peut pas cependant encore être affirmée avec certitude. BELGODERE.

Les calcinoses cutanées (Sur un cas de calcification cutanée symétrique des genoux par traumatisme), par C. PATRASSI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifiliografia e Venereologia*, vol. IV, fasc. 6, juillet 1929, p. 581, 5 figures, bibliographie.

Il règne beaucoup de confusion au sujet de cette variété peu commune d'altérations cutanées. Gilbert et Pollet avaient fait un essai de classification basé sur la composition chimique des infiltrations calcaires. P. critique cette conception et considère que l'on doit prendre, comme base de la discussion, les constatations histologiques et cliniques. C'est ce que Kerl a fait en 1919. Il a classé les calcifications en *multiples et circonscrites*, les premières paraissant dues à des causes *générales*, les autres à des causes *locales*.

Cette conception plus rationnelle n'est pas cependant à l'abri de toute critique : même dans les calcinoses de cause générale, des altérations locales des tissus peuvent déterminer la précipitation du Ca. Même dans les calcinoses circonscrites, une cause générale peut venir ajouter son influence à la cause locale. En outre, des lésions locales peuvent n'être que le premier stade d'une généralisation ultérieure.

Calcinoses généralisées ou en voie de généralisation. — Description clinique. Description histologique. Étiologie : il est difficile de dire si la cause doit être rapportée aux tissus ou à un état dyscrasique. La coexistence fréquente de lésions sclérodermiques, les rapports certains du métabolisme calcique avec les influences endocrino-sympathiques orientent les idées actuelles vers cette dernière pathogénie.

En outre, Kerl distingue une variété spéciale de calcinose généralisée, qui serait due à des altérations du squelette, c'est la calcinose *d'origine métastasique*. La légitimité de cette forme est contestée.

Calcinoses circonscrites. — Les altérations locales qui les provoquent sont très variées et l'auteur étudie successivement :

1° les calcinoses développées au sein des tumeurs épithéliales et des dérivés ectodermiques ;

2° les calcinoses développées dans les tumeurs d'autre nature ;

3° les calcifications sur base phlogistique ;
4° les calcifications du tissu graisseux ;
5° les calcifications sur base fibreuse.

Après cette étude de caractère général sur la calcinose, l'auteur étudie un cas particulier observé par lui.

C'était une femme de 66 ans, lavandière depuis 27 ans, c'est-à-dire travaillant à genoux, qui présentait au devant des deux genoux, au-dessous des rotules, des infiltrations calcaires très développées, d'ailleurs indolores, mais qui dans ces derniers temps avaient été le siège de processus phlegmasiques avec suppuration, fistulisation, ulcération superficielle.

Description clinique et radiologique de ces lésions. Étude histologique : elle a permis de déterminer :

1° des faits d'hyperplasie avec transformation fibreuse du tissu conjonctif dermo-épidermique ;

2° des faits de calcification étendue à morphologie variable, tantôt sous forme d'imprégnation, tantôt sous forme de précipitation, et sur certains points mêmes, de véritable ossification ;

3° des phénomènes infiltratifs : *a*) simples réactions d'irritation par corps étranger ; *b*) réactions inflammatoires chroniques ; *c*) réactions aiguës qui ont occasionné sur quelques points des phénomènes suppuratifs ;

4° altérations vasculaires : lésions d'endopériartérite.

Discutant ensuite la question pathogénique, C. aboutit à cette conclusion : la transformation calcique du tissu conjonctif répond à une finalité biologique bien définie, celle de conférer au tissu des propriétés qui le rendent apte à opposer une résistance adéquate aux facteurs mécaniques et traumatiques qui agissent sur lui. Cette vieille femme travaillait à genoux depuis de longues années. Au traumatisme local, les tissus ont répondu d'abord par l'hyperplasie du tissu conjonctif, première réaction de défense. Cette protection s'étant montrée insuffisante, une seconde réaction s'est produite, réaction de calcification. Enfin, la réaction d'ossification sur certains points est venue porter à leur perfection ces réactions de défense au moyen de la création du *milieu ossifiable* selon les conceptions récentes de Leriche et Policard.

BELGODERE.

Peut-on attribuer une valeur diagnostique à la « leucopénie » dans la syphilis, par G. LANTERI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifiliografia e Venereologia*, vol. IV, fasc. 6, juillet 1929, p. 614, bibliographie.

Au Congrès de Médecine interne de Naples de 1921, d'Amato a annoncé qu'en injectant de très petites doses de tuberculine, il avait provoqué le choc hémoclasique d'une manière spécifique chez les tuberculeux seuls. En 1924, il a institué des expériences analogues chez les syphilitiques, en leur injectant de petites doses de médicaments spécifiques ; là encore, il a observé un choc hémoclasique qui ne se produi-

rait que chez les syphilitiques et serait absent chez les non-luétiques. Il y aurait donc là un moyen de diagnostic qui, au dire de d'Amato, serait encore plus sensible que la Bordet-Wassermann ou la Sachs-Georgi.

L'auteur a voulu contrôler ces affirmations. Il a fait des expériences en prenant comme test la leucopénie qui est le phénomène le plus net et le plus facile à constater dans le choc hémoclasique.

Chez 48 syphilitiques n'ayant pas de manifestations, mais avec réaction sérologique positive, il a constaté 12 fois seulement la leucopénie soit 25 o/o.

Chez 18 syphilitiques avec lésions en évolution et réaction sérologique positive, le phénomène leucopénique s'est produit 6 fois, soit 33 o/o.

Chez 24 témoins, non syphilitiques, sains ou atteints d'autres maladies, la leucopénie s'est produite 9 fois, soit 37 o/o.

L. ne peut donc en aucune façon homologuer les conclusions de d'Amato. BELGODERE.

Sur un onguent à base de savon de zinc, par MARTINOTTI et TAGLIAVINI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifiliografia e Venereologia*, vol. IV, fasc. 6, juillet 1929, p. 622.

L'onguent de Hébra, à base de savon de plomb, est une vieille préparation qui a fait ses preuves et dont le regretté Prof. Majocchi, qui a beaucoup contribué à en répandre l'usage en Italie, faisait un emploi fréquent.

Il n'est pas cependant sans inconvénients : il rancit, a une odeur désagréable et peut être irritant ou inefficace s'il est altéré ou mal préparé. Aussi les auteurs ont-ils cherché à le perfectionner.

Après diverses tentatives infructueuses avec divers produits, ils ont obtenu satisfaction en substituant au savon de Pb un savon de Zn. Leur préparation s'obtient en faisant réagir du savon ordinaire sur le sulfate de Zn. Ils indiquent la technique de cette fabrication.

L'onguent au savon de Zn est neutre, inodore, de couleur châtain clair, de consistance homogène, adhésif ; il s'étend bien sur les parties malades et sur la toile où il forme une couche adhérente et uniforme. Il est inaltérable, non irritant, d'efficacité égale, sinon supérieure, à l'onguent de Hébra.

C'est un excellent excipient pour les médicaments les plus variés : kératoplastiques, kératolytiques, réducteurs, antiseptiques, parasiticides, etc., sauf les acides forts, qui déplacent le Zn. Il est émollient, détersif, décongestionnant, antiphlogistique, résolutif, antiexsudatif, antiseptique, antiprurigineux.

On l'emploie en l'étalant sur une toile qu'on applique sur la région à traiter : c'est la meilleure manière. On peut aussi l'utiliser en applications directes en saupoudrant ensuite avec une poudre inerte, et on peut dans ce cas se dispenser de recouvrir d'un pansement.

Voici plus d'un an que cet onguent de Zn est utilisé couramment à Bologne et il a donné toute satisfaction (fabriqué par la firme Zabban, de Bologne). BELGODERE.

Rivista di Clinica Pediatrica (Florence)

Note sur la méthode d'intradermo-réaction tuberculinique, par B. TRAMBUSTI. *Rivista di Clinica Pediatrica*, fasc. 4, p. 241, 1929.

L'auteur donne des détails de technique sur sa méthode d'intradermo-réaction à la tuberculine (proposée le 1er mars dans une séance de l'Académie Médico-Physique florentine, *Lo Speriment*, mars 1928 et par la suite amplement décrite et documentée dans un travail publié dans le *Bolletino dell'Istituto Sierol. Milanesee*, fasc. 7, 1928) qui a donné, à lui et à d'autres auteurs des résultats très satisfaisants, équivalents à ceux obtenus par la méthode de Mantoux (exécuté avec 1/100 de milligramme de la même tuberculine) avec une technique beaucoup plus simple.

L'auteur propose de se servir, au lieu de la dilution à 1/9 de tuberculine qu'il avait indiquée précédemment, une dilution à 1/5, c'est-à-dire obtenue en diluant une partie de tuberculine avec 4 parties de solution phéniquée (9,5 o/o de phénol dans l'eau distillée stérilisée). Avec cette nouvelle dilution, on peut obtenir des réactions plus évidentes. BELGODERE.

Archivio di Biologia (Gênes)

Oscillations cholestérinémiques dans le sang des lépreux, par ANTONIO MARRAS. *Archivio di Biologia*, avril 1929, p. 3.

L'auteur rappelle les discussions sur l'origine exogène ou endogène de la cholestérine et les travaux qui ont démontré son action antitoxique et ont abouti à des applications pratiques, à l'emploi de la cholestérine dans le traitement des maladies infectieuses. Elle représente un des principaux coefficients parmi les pouvoirs de défense de l'organisme.

Aussi le comportement de la cholestérine dans les diverses maladies infectieuses a-t-il fait l'objet de nombreuses recherches. La lèpre, dans cet ordre d'idées, avait jusqu'ici été un peu négligée et les quelques recherches entreprises avaient donné des résultats discordants.

Aussi M. a-t-il entrepris une série d'expériences sur différents cas de lèpre qu'il a pu observer longuement à Cagliari dans la Clinique du Professeur Serra.

Il a utilisé pour ses dosages la méthode colorimétrique de Grigaut : on ajoute à une solution de cholestérine de l'anhydride acétique, puis quelques gouttes d'acide sulfurique ; il se produit une coloration d'abord rose, puis une belle coloration verte.

Il a considéré comme hypocholestérinémiques les sujets dont le taux

était inférieur à 1,20 o/oo ; comme hypercholestérinémiques ceux dont le taux était supérieur à 1,80 o/oo.

Voici les résultats de ces recherches :

Les valeurs cholestérinémiques sont à peu près normales et même dans un cas supérieures à la normale dans la lèpre anesthésique.

Elles sont souvent inférieures à la normale dans la lèpre tubéreuse et plus encore dans la forme mixte à prédominance tubéreuse.

L'accentuation du degré de l'hypocholestérinémie paraît liée, moins à la variété clinique qu'à la gravité de l'infection lépreuse et à son état d'activité : dans les périodes aiguës, le taux de la cholestérine s'abaisse, dans les périodes de latence, le taux de cholestérine s'élève.

Cette règle est indépendante de la durée de la maladie : des cas récents, mais à évolution grave, présentent un abaissement du taux de la cholestérine, tandis que ce taux est moins au-dessous de la normale dans les cas anciens, mais dont l'état général est bon.

Sous l'influence des traitements antilépreux, on voit le taux de la cholestérine s'améliorer fréquemment. Les traitements utilisés ont été l'antiléprol, l'huile de Chaulmoogra, le chaulmoograte de soude, le vaccin de Serra. C'est avec le vaccin de Serra que le taux cholestérinémique a été le plus favorablement influencé.

Comme on le voit, ces recherches n'ont pas seulement un intérêt théorique, mais aussi un intérêt pratique, puisqu'elles peuvent guider le pronostic et le traitement. BELGODERE.

Bolletino Istituto Sieroterapia Milanese (Milan)

Immunité locale et infection diphtérique cutanée expérimentale, par E. SCHWARTZ. *Bolletino Istituto Sierot. Milanese*, n° 2, 1929.

Bien que la recherche *in vitro* montre rarement l'existence d'une substance à action antagoniste sur le bacille de Klebs-Lœffler dans les filtrats de bouillon-culture de bacille diphtérique de sept jours, rendus atoxiques par réchauffement, il est possible par le moyen de ces filtrats appliqués sur la peau ou injectés dans le derme, de provoquer une réelle diminution de la sensibilité cutanée à l'infection diphtérique des animaux en expérience. Cette diminution de sensibilité, chez la majeure partie des cobayes soumis à l'expérience est telle qu'elle permet la survivance à deux épreuves infectantes et peut par conséquent être assimilée à une véritable immunisation locale. Un fait également intéressant, c'est que, alors que par l'application de filtrats sur la peau et dans le derme, on a une augmentation de la résistance à l'infection ultérieure, par l'introduction des mêmes filtrats sous la peau, on obtient une hyper-réceptivité.

La démonstration d'une immunité locale antidiphtérique expérimentale, fait admettre, avec Zirani, que l'immunisation spontanée de la muqueuse durant la maladie, soit un des mécanismes de guérison, de

même qu'elle est un des facteurs de la défense prophylactique. Étant donnée la très petite quantité de toxine diphtérique et par suite de filtrat de bouillon-culture qui s'emploie dans la réaction de Schick, on ne peut pas affirmer avec certitude qu'un processus immunitaire histiogène analogue soit en jeu, comme cause, dans l'atténuation ou la disparition de la réaction de Schick répétée trois ou quatre fois chez le même sujet, mais cependant cette hypothèse, que l'auteur avait envisagée dans un précédent travail, se trouve consolidée par ces recherches expérimentales. BELGODERE.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan)

Un cas de « Filaria sanguinis hominis » à Hadjunadas (Hongrie), par Edoardo NEUBER. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 4, août 1929, p. 757, 7 figures, bibliographie.

L'auteur a eu l'occasion d'observer, dans la localité susindiquée, un cas de filariose dû à la filaire de Bancroft, affection essentiellement tropicale, mais dont deux cas bien identifiés ont été cependant signalés en Europe par Brumpt, l'un à Barcelone et l'autre en Sicile. Mais encore, dans ces deux cas, s'agit-il de contrées à climat presque tropical. Le cas observé par N. serait donc le *premier* constaté dans un climat tempéré.

Il s'agit d'un paysan de 57 ans, qui n'a jamais été dans les pays tropicaux. Mais pendant la guerre, il s'est trouvé en contact avec des soldats turcs cantonnés dans son village et qui provenaient d'Asie.

Début brusque par frissons, hyperthermie, douleurs et tiraillements dans le scrotum et la musculature thoracique, cet accès suivi d'une faiblesse profonde, l'obligeant à garder le lit. Ces accès se répétaient à intervalles de 3 à 10 jours. La peau du pénis et du scrotum devint rouge et tuméfiée et se couvrit de vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle, dont certaines devinrent plus grosses, éclatèrent, laissant écouler un liquide séreux qui entretenait la région dans un état constant d'humidité. Infiltrat et vésicules régressaient légèrement dans l'intervalle des accès fébriles, pour s'accentuer de nouveau à l'accès suivant.

L'affection, ayant nettement un caractère infectieux, on s'évertua en recherches multiples, mais vaines, pour en déterminer l'agent pathogène. L'analogie avec les lésions filariennes ayant, en désespoir de cause, orienté les recherches dans cette voie, on eut la surprise, au bout de quelques jours, de déceler dans le sang la présence de la filaire de Bancroft. L'auteur rappelle les caractères de ce parasite et son histoire naturelle, la distinction entre la *filaire de Bancroft*, qui se trouve dans le sang seulement pendant la nuit, et la *filaire loa*, ou filaire diurne, qui s'y rencontre pendant le jour ; la transmission du parasite par les anophèles, notamment le *culex fatiguans*.

Les caractères cliniques de la filariose qui peut du reste demeurer

latente pendant des années si le parasite est peu volumineux et ne vient pas à obstruer les lymphatiques. Mais si les lymphatiques viennent à être obstrués, alors se produit l'éléphantiasis. Nous n'insisterons pas sur ces points qui sont exposés déjà dans les Traités de parasitologie et de Médecine tropicale.

Dans le cas observé, les examens histologiques de la peau montrèrent des altérations accentuées surtout dans le corps papillaire : papilles volumineuses, comprenant dans toute leur étendue des vaisseaux lymphatiques dilatés. Au niveau des vésicules les plus grosses, hyper et parakératose imposantes, bourgeons épithéliaux extraordinairement volumineux, ectasies lymphatiques encore plus accentuées.

N. pense que, pendant un été très chaud de la guerre, un moustique aura sucé des microfilaires dans le sang d'un soldat colonial cantonné dans la région. Ou bien, ce qui serait moins vraisemblable, qu'un moustique infecté ait été transporté par ces soldats dans leurs bagages. Il se peut aussi qu'un porteur de filaire latent vive dans la région où le cas a été observé, et si ces cas se multipliaient, des mesures de police sanitaires seraient à prendre.

Le malade a été traité par le néosalvarsan, sans résultats bien brillants ; cependant, les accès fébriles ont été moins fréquents et les filaires sont devenues plus rares dans le sang. N. se propose d'essayer chez ce malade les préparations auriques, et la malariathérapie, puisque l'on sait que les microfilaires sont sensibles à la fièvre.

N. est porté à penser que, si son cas est le premier publié, il n'est pas le premier qui ait été observé et que d'autres ont dû être méconnus, parce que l'on n'a pas pensé à faire des recherches dans cette voie.,

Belgodere.

Contribution à l'étude des épithéliomas à évolution maligne des glandes sudoripares, par Agostinus Crosti. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 4, août 1929, p. 768, 17 figures, bibliographie.

C'est une science un peu abstruse et hermétique que l'histopathologie des tumeurs et le travail de C. demanderait à être analysé par un histopathologiste, car seuls ils se comprennent bien entre eux, et encore n'est-ce pas toujours certain. L'histoire des épithéliomas des glandes sudoripares illustre à point cette opinion et comme exemple des divergences auxquelles ils peuvent donner lieu, C. cite par exemple un cas de Thierfelden, décrit par cet auteur comme adénome tandis que Torok en faisait un hydroadénome et que Jupunoff et Krompecher en faisaient un épithélioma vrai. La difficulté de l'étude de ces tumeurs provient d'abord de leurs rapports souvent complexes avec des formes hyperplasiques et adénomateuses des glandes sudoripares. En outre, deux autres causes rendent l'interprétation ambiguë : 1° les épithéliomas baso-cellulaires peuvent assumer une structure adénoïde telle qu'on peut les confondre avec des proliférations hydroadénoïdes ; 2° les épithéliums des glandes sudoripares possèdent des propriétés métaplasti-

ques accentuées, de sorte qu'ils sont capables, en proliférant de reproduire la structure des formes les plus communes baso ou spino-cellulaires.

On ne peut, actuellement, classer ces tumeurs que sur une base clinique. C. propose de les diviser en deux groupes : *Premier groupe :* les rares épithéliomas qui ont eu une évolution nettement carcinomateuse avec métastases et mort. *Deuxième groupe :* formes épithéliales à développement circonscrit et à malignité relative, peut-être plus structurale que clinique.

Les cas du premier groupe sont exceptionnels et C. n'en a recueilli dans la littérature que *5 cas* (Darier, Antonelli, Kreibich, Hedinger, Morini et Montagnani). Il étudie et discute chacun de ces cas.

Les cas du deuxième groupe sont un peu plus nombreux et les plus intéressants sont ceux qu'ont publiés dans ces dernières années surtout des auteurs français (Grynfellt, Brocq, Nigaud et Giet, Louste, Thibaut et Caillau, Simard). D'après les descriptions des divers auteurs, il s'agit de tumeurs à type soit cylindromateux, soit endothéliomateux.

Enfin, il existe en outre des cas intermédiaires et douteux qui peuvent aussi bien se rattacher à l'un qu'à l'autre groupe.

Ayant exposé ces considérations générales, C. étudie deux cas personnels d'épithélioma des glandes sudoripares.

L'un, chez un homme de 78 ans, dont les lésions, siégeant sur le nez, consistaient en 11 petites tumeurs, dont le volume allait de celui d'un grain de millet à celui d'un pois. Ces tumeurs étaient rougeâtres, dures, saillantes sur la peau environnante, sessiles, indolentes, recouvertes d'un épiderme mince, mais intact ; leur développement avait été progressif mais lent ; après l'ablation chirurgicale, en un an, la néoplasie avait récidivé mais sans présenter ni ulcérations ni métastases. L'examen histologique révéla, pour chaque élément néoplasique une structure épithéliomateuse à nodule unique, plein, bien circonscrit, cloisonné en alvéoles par un stroma conjonctif mince et rempli de cellules plutôt grandes avec noyau globuleux ou irrégulier, ou monstrueux, et protoplasma abondant, intensément acidophile, *avec aspect de cellules dérivées de l'épithélium glandulaire*, mais disposées sans ordre particulier, si l'on excepte quelque foyer profond voisin de l'origine de la tumeur, où les cellules reproduisaient grossièrement une structure tubulo-alvéolaire avec disposition pariétale à caractère adénoïde. La tumeur n'avait aucun rapport avec l'épiderme, ni les follicules pilaires, ni les glandes sébacées, mais prenait son origine des canaux excréteurs des glandes sudoripares sous-jacentes, dans le voisinage immédiat de leur portion glomérulaire. Ces caractères permettent d'affirmer le diagnostic d'*épithélioma des glandes sudoripares du nez.*

Le second cas, chez une femme de 43 ans, atteinte d'une tumeur de la région du dos, grosse comme une petite pomme, qui avait débuté depuis de nombreuses années, mais s'était accrue brusquement, si bien

que l'ablation chirurgicale fut jugée nécessaire et ne fut suivie d'ailleurs d'aucune récidive, bien que l'opération remontât à six ans. L'examen histologique révélait l'existence d'une forme épithéliomateuse qui avait pour origine un adénome des glandes sudoripares partiellement kystiques et situées vers l'hypoderme. La masse épithéliale avait une double structure : tubulo-kystico-alvéolaire, et à cordons cellulaires pleins à développement infiltratif. Ces caractères permettent d'affirmer le diagnostic d'*épithélioma des glandes sudoripares*. Cet épithélioma par son développement progressif, s'était transformé en une forme atypique et infiltrante comme on la rencontre dans les carcinomatoses glandulaires vraies.

Confrontant ces deux observations, C. trouve entre elles des analogies mais aussi des différences, qui permettent de considérer le premier cas comme un *épithélioma solide alvéolaire des glandes sudoripares* et le second comme un *épithélioma hydroadénoïde*. Certains auteurs ont employé le terme d'*adénocarcinome*. Il est difficile de dire si cette dénomination est préférable ; elle pourrait être justifiée par certains caractères histologiques, mais au point de vue clinique, dans le second cas par exemple, l'intervention chirurgicale ayant tronqué l'évolution clinique, on ne peut présumer ce qui serait advenu de la tumeur abandonnée à elle-même. Dans le premier cas, la lenteur d'évolution, l'absence d'ulcérations ou de métastases engagerait à adopter l'expression de « cancroïde » plutôt que celle de carcinome.

Il ne nous est pas possible de suivre C. dans toute son argumentation histologique, qui ne peut se résumer, puisque, en pareille matière, ce sont précisément les détails qui comptent. Voici, d'après lui, quels sont, en se bornant aux seuls signes histologiques les caractères fondamentaux de l'épithélioma des glandes sudoripares :

siège profond, dermo-épidermique, du développement de la tumeur ;

absence de continuité génétique cellulaire avec l'épiderme, les follicules pilaires et les glandes sébacées ;

constatation au contraire du développement à partir d'éléments sudorifères préformés ;

aspect tubulaire et tubulo-kystique de la tumeur, avec cellules à caractère épithélial glandulaire et, particulièrement avec la présence d'éléments périphériques myoépithéliaux, et, constatation plus caractéristique encore, d'une membrane hyaline à fonction de membrane propre, ou bien de l'aspect cylindromateux de la néoplasie ;

atypie cellulaire et développement de nids et de cordons épithéliomateux tels que l'on n'en rencontre pas dans les formes hydro-adénomateuses à développement plus ou moins intracanaliculaire.

Les tumeurs épithéliomateuses des glandes sudoripares par leur structure et leur évolution, peuvent revêtir des aspects cliniques variés, lesquels vont, de formes intermédiaires entre l'adénome et l'épithéliome (c'est-à-dire d'épithéliomes à développement lent, les plus fréquents) à des formes vraies de carcinomes ou adénocarcinomes (d'ailleurs exceptionnels). BELGODERE.

Recherches sur les processus déshydrogénisants sur la peau irradiée par les U. V., par Giusseppe Bertaccini. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 4, août 1929, p. 799, bibliographie.

Le mécanisme intime des oxydations intraorganiques est expliqué par deux théories principales : *Théorie de l'activation de l'oxygène* (Bach et Chodat) ; *Théorie de l'activation de l'hydrogène* ou de la *déshydrogénisation* (Wieland).

D'après la première, l'oxydation se produirait directement par apport d'oxygène ; la molécule d'oxygène serait mobilisée par des substances facilement oxydables avec formation de peroxydes, et ceux-ci, facilement réductibles en oxydes, céderaient un atome d'oxygène qui pourrait oxyder d'autres produits non facilement oxydables.

D'après la seconde, le processus d'oxydation serait la conséquence d'une *soustraction d'hydrogène*, déshydrogénation qui serait suivie d'une *hydratation*. Mais il faut, pour que ce processus se réalise, la présence d'un corps *capteur d'hydrogène*.

Une des plus intéressantes réactions de ce genre est celle que Lipschitz a étudiée, dans laquelle le capteur d'hydrogène est le *m-dinitrobenzol*, qui, avec l'hydrogène, se réduit en *m-nitrophénilhydrosilamine*. Dans cette réaction se produit la transformation d'une substance incolore en une substance intensément jaune, ces variations colorimétriques permettant ainsi de mesurer le degré d'oxydation.

Les processus d'oxydation dont la peau est le siège ont été encore peu étudiés. Califano et Naso, d'Avanzo, les ont cependant étudiés, les premiers en rapport avec la pigmentation, le second en rapport avec l'irradiation solaire et la conclusion du dernier travail attribuait l'augmentation de la capacité réductrice plutôt à une action *thermique* qu'à une action *chimique*. Pour supprimer ce coefficient thermique, l'auteur a entrepris une série de recherches sur la peau soumise à des irradiations ultra-violettes.

Ces recherches lui permettent d'aboutir à ces deux conclusions :

1° Les rayons ultra-violets provoquent, à petites doses, une augmentation des processus de déshydrogénation de la peau irradiée ; à doses plus fortes, une diminution des mêmes processus, par comparaison avec la peau non irradiée.

2° La réduction du m-dinitrobenzol opérée par le tissu cutané, irradié et non irradié, est toujours plutôt intense ; c'est-à-dire que le tissu cutané est le siège d'un processus d'oxydation intra-organique assez actif.

Belgodere.

L'acrodynie infantile, par Mario Artom. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 4, août 1929, p. 810, 4 figures, quatre pages de bibliographie.

L'Acrodynie est une maladie épidémique qui fait son apparition pendant une certaine période et dans une certaine région. Telle par exemple l'épidémie parisienne de 1828, étudiée par Chomel et qui attei-

gnit 40.000 personnes. Puis, elle s'évanouit pendant de nombreuses années. Ce qui fait que, si ce n'est pas une maladie inconnue, c'est du moins une maladie mal connue, ou connue seulement par ouï-dire.

A l'heure actuelle, l'attention a été de nouveau attirée sur cette affection par l'observation de cas qui se sont manifestés surtout chez des enfants, alors que l'épidémie parisienne frappait au contraire les adultes, et on s'est demandé s'il y avait identité entre ces deux catégories de faits cliniques ou simplement analogie.

L'auteur rapporte trois observations étudiées au Dispensaire infantile du Grand Hôpital de Novare, chez 3 enfants de 18, 18, 7 mois. Les symptômes cutanés sont ceux que décrivent les publications antérieures sur l'acrodynie et il y avait en outre des troubles psychiques évidents et des sueurs profuses. Chez l'un de ces enfants, la ponction lombaire pratiquée 2 fois démontra une réaction méningée évidente.

A propos de ces 3 observations, l'auteur fait une étude générale de l'acrodynie. Si cette étude n'apporte pas beaucoup de notions nouvelles elle a le mérite de préciser les notions anciennes, exposées d'une manière un peu « floue » dans les Traités. C'est une mise au point claire, complète, précise, de la question.

Étude historique ; étude clinique, qui lui permet de classer les symptômes en : A. *Signes constants* : 1° troubles psychiques ; 2° troubles neuro-musculaires ; 3° troubles cutanés ; 4° troubles circulatoires. — B. *Signes inconstants* : troubles digestifs, respiratoires, sensoriels, ganglionnaires, thermiques, génito-urinaires, enfin humoraux (leucocytose, altérations du liquide céphalo-rachidien dénotant une réaction méningée).

Discussion sur les rapports entre l'acrodynie de l'adulte et l'acrodynie de l'enfant. Le Prof. A. adopte la conclusion *uniciste*, tout en reconnaissant les divergences cliniques, mais il n'est pas rare de voir une maladie se présenter sous un aspect différent chez l'enfant et chez d'adulte.

Diagnostic différentiel avec : névraxite épidémique à forme périphérique, arsenicisme chronique ; pellagre et maladies de carence ; ergotisme. A. élimine ces différentes affections et conclut à l'individualité nosologique de l'acrodynie.

Discussion pathogénique : les protocoles d'autopsie publiés par les divers auteurs, les signes cliniques et en particulier les troubles nerveux et psychiques ; les réactions méningées qui accompagnent l'acrodynie parfois (comme dans un des trois cas rapportés) et peut-être plus fréquemment qu'on ne le croit si la ponction lombaire était plus fréquente et surtout plus précoce, sont autant de raisons qui amènent le Prof. A. à conclure que l'acrodynie est une entité nosologique propre consécutive à des altérations diffuses du névraxe et du système neuro-végétatif, avec localisation principale sur la région infundibulotubérienne, centre mésencéphalique du sympathique, due à un agent non encore défini,

qui peut, peut-être, être identifié avec le virus de l'encéphalite léthargique, ou celui de la polyomyélite ou bien due à un virus propre encore inconnu.

En tout cas, l'acrodynie est une maladie dont ne doit pas se désintéresser le dermatologue, car sa fréquence paraît augmenter et c'est une affection à réactions cutanées importantes. De plus, son étude pathogénique déborde les limites propres de cette maladie, car elle semble faire intervenir un mécanisme pathogénique qui peut apporter la lumière sur la pathogénie encore obscure de beaucoup de dermatoses.

BELGODERE.

Observations sur les réactions histioïdes chez les lupiques traités par la cytorétine, par E. SCOLARI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 4, août 1929, p. 838, bibliographie.

La cytorétine est une substance que le Prof. Nicolas Pende a présentée au Congrès de Médecine interne d'octobre 1928, à laquelle il attribue une efficacité thérapeutique sur la tuberculose pulmonaire.

Elle se prépare en partant de la quinoléine et se présente sous forme de cristaux violets en aiguilles ; elle est livrée dans le commerce sous forme de solution hydro-alcoolique à 1 o/oo, de couleur bleu-violet. Elle agirait en stimulant le système réticulo-endothélial et aurait une double action : *actuelle*, sur les tissus déjà envahis par le bacille ; *potentielle*, sur les tissus encore indemnes.

S. a voulu expérimenter l'action de cette substance dans la tuberculose cutanée. Il a utilisé, soit des solutions à 1 o/oo, auxquelles il a dû renoncer à cause de leur action locale nécrosante, soit des solutions à 1 p. 5.000.

Il a étudié l'action locale au moyen d'injections intradermiques et il rapporte ses constatations, cliniques et histologiques.

Il a étudié l'action générale au moyen d'injections intramusculaires. Les sujets en expériences étaient atteints de différents types de tuberculose cutanée : lupus vulgaire, lupus érythémateux, tuberculides papulo-nécrotiques, érythème induré, etc.

Il n'a constaté aucune amélioration *clinique* de ces lésions.

Il a recherché les signes qui pourraient faire admettre une stimulation du système réticulo-endothélial : étude de la coagulation du sang, étude de la formule leucocytaire, recherche de la bilirubinémie, dosage de l'hémoglobine, numération des globules rouges.

La plupart de ces recherches ont donné des résultats négatifs ou contradictoires.

Le meilleur signe de l'activation du système réticulo-endothélial est la monocytose. Or, dans ses expériences, il a constaté au contraire presque toujours une diminution du nombre des monocytes.

Cependant, il a observé chez presque tous ses malades une augmentation de poids, une sensation de bien-être, et une augmentation de l'appétit. Mais il s'agirait de savoir si l'augmentation du poids n'est

pas due à de l'hydrémie. La recherche de l'indice réfractométrique du sérum, qui ne s'est pas montré diminué, tendrait à exclure une telle interprétation. Il semble donc que ce ne soit pas dans le sérum qu'il faut chercher l'explication de l'augmentation de poids ; la cause doit avoir son siège dans les tissus et demanderait à être recherchée par des expériences sur le métabolisme hydrique, ou azoté.

En tout cas, pour ce qui concerne la tuberculose cutanée, et dans les conditions d'expérience où s'est placé l'auteur, il croit pouvoir exclure toute action activante sur le système réticulo-endothélial, et il conclut que le médicament préconisé par Pende ne présente pas d'intérêt pour le dermatologiste. BELGODERE.

Observations sur les rapports entre la glycémie et les dermatoses, et sur le traitement insulinique des dermatoses, par F. NARDUCCI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 4, août 1929, p. 857, bibliographie.

N. rapporte les études précédentes faites par divers auteurs sur les rapports entre la glycémie et les dermatoses. Il rappelle aussi les travaux de Urbach sur le taux glycosique cutané : elles ont montré que la peau était un organe de dépôt du sucre et qu'il pouvait y avoir une *courbe diabétique* de la peau, alors que la courbe glycémique était normale.

Les recherches antérieures ont porté surtout sur les eczémas, le psoriasis, les prurits et prurigos, la furonculose, les pyodermites, le xanthome.

Les résultats obtenus ont été assez contradictoires, mais néanmoins, la majorité des auteurs ont constaté l'hyperglycémie, à des taux variables chez les eczémateux (Hudelo : 50 o/o) la plupart, plus nettement encore, dans le psoriasis (80 o/o).

Outre la recherche du taux glycémique, on a également étudié la courbe de l'hyperglycémie provoquée, la sensibilisation au sucre au moyen d'intradermo-réactions ou d'applications épicutanées.

Enfin, les constatations faites devaient logiquement conduire à des essais de traitement des dermatoses par l'insuline. On a obtenu de bons résultats dans le psoriasis, mais même *chez des sujets qui n'avaient pas d'hyperglycémie*. Les résultats les meilleurs ont été constatés dans le traitement de l'ulcère variqueux, mais par des *applications directes* sous forme de pommades.

Il ne faut pas oublier cependant que Devoto, au récent Congrès de Milan, a vu le taux glycémique diminuer à la suite de la guérison des dermatoses, même quand celles-ci étaient traitées par des topiques externes, ce qui conduit logiquement à cette hypothèse que la glycémie serait une *conséquence* et non une *cause* de la dermatose. On voit ainsi combien le problème est complexe.

N. expose ses recherches personnelles. Elles ont porté sur 66 patients : 39 eczémas, 10 psoriasis, 7 furonculoses, 10 dermatoses diverses. Il a

recherché le taux glycémique par la réaction de Folin-Wu, chez les sujets à jeun et 2 à 3 heures après un léger repas de café au lait, considérant comme un maximum normal le taux de 1,50 à 1,55 o/oo.

La glycémie s'est montrée supérieure à la normale dans 18 cas d'eczéma sur 39, soit 46 o/o. Il n'y avait d'ailleurs aucun rapport entre le taux glycémique et la localisation, l'extension, l'acuité et la variété de l'eczéma.

Dans le psoriasis : hyperglycémie dans 8 cas sur 10 ; dans la furonculose, 3 fois sur 7.

Le traitement insulinique par voie sous-cutanée a donné des résultats encourageants dans l'eczéma : sur 15 cas, 10 guérisons, 2 améliorations, 3 échecs et pour la furonculose, sur 3 cas, une guérison rapide et 2 améliorations notables.

De ces recherches, N. conclut que, dans un certain nombre de dermatoses, la glycémie semble jouer un rôle étiologique, au moins indirect ; que, dans les dermatoses accompagnées d'hyperglycémie, il est opportun de tenter la cure insulinique, car elle est en général bien supportée et peut rendre des services.

Mais la constatation de l'hyperglycémie ne nous autorise pas à parler d'une étiologie univoque de ces dermatoses, car d'autres recherches ont mis en évidence aussi d'autres altérations internes, par exemple augmentation de *l'azote résiduel* du sang, et surtout de *l'azote urique*, chez les eczémateux (Stumpke). De même, les modifications des *valeurs acides* (Bertaccini), les *altérations du métabolisme basal !*

Le mécanisme de l'hyperglycémie est d'ailleurs complexe et multiple de sorte qu'il est difficile de déterminer *de quel* trouble fonctionnel elle dépend. De même, pour ce qui concerne les bons effets de la cure insulinique dans certains cas, il est difficile de dire si l'action de cette cure est *directe* ou *indirecte* (par exemple par l'intermédiaire du système végétatif) *spécifique* ou *aspécifique*. BELGODERE.

Sur l'action biologique de l'acétate de thallium (Note en réponse à Buschke et Peiser), par G. TRUFFI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 4, août 1929, p. 873.

Le tournoi se poursuit entre le Prof. Buschke et Truffi le jeune, au sujet du mécanisme de la chute des poils par le Tl. Nous avons précédemment analysé l'argumentation de B. en faveur de sa théorie *indirecte, endocrino-sympathique* (voir le numéro de novembre). G. Truffi rompt de nouvelles lances et maintient son opinion de l'action *directe*, toxique sur le bulbe pilaire.

Il ne conteste pas que les animaux intoxiqués par le Tl présentent des altérations endocrino-sympathiques, mais elles sont dues à l'action du toxique sur tous les organes et on en observe d'analogues dans d'autres intoxications qui ne provoquent pas, elles, des alopécies. En outre, avec le Tl, pas d'altérations unguéales et dentaires, pas de phénomènes de tétanie.

Il y a bien des lésions osseuses, de la cataracte, de la frigidité, de l'arrêt du développement, mais ce ne sont pas là des effets *primaires* ; ce sont des effets *secondaires*, tels qu'on peut en observer dans toute intoxication grave. Buschke dit que les altérations du bulbe pilaire invoquées par Truffi à l'appui de sa théorie, sont celles qui amènent la chute du poil, *quelle qu'en soit la cause*. Il ne tient pas compte du *degré* des lésions. Observe-t-on par exemple de pareilles lésions dans la chute des poils due à la mue physiologique ?

Dans les cas de chute des poils due à des applications locales de Tl, il n'y a pas d'altération des glandes sébacées et des muscles arrecteurs comme il devrait s'en trouver si la chute était due à des altérations du sympathique local, comme le prétend Buschke.

Autre argument de B. : le Tl n'amène pas la chute des poils qui sont innervés par le système nerveux central ; mais cette double innervation n'est nullement démontrée et la limitation de la chute des poils à certaines régions est uniquement une question de dose.

Les expériences invoquées par B. sur l'arrêt de développement des têtards soumis à l'action du Tl, ne sont pas davantage convaincantes. Là encore, le Tl agit directement et non par l'intermédiaire de la thyroïde et du thymus. Si l'on administre aux têtards, en même temps que le Tl, des extraits de thyroïde et de thymus, l'arête de développement se produit tout aussi bien. Et puis, il y a tant d'influences qui peuvent fausser de telles expériences : alimentation, température, lumière, etc.).

Les troubles des fonctions génitales peuvent aussi fort bien, pour T. s'expliquer par une action toxique directe. Buschke dit aussi que le Tl n'a pu être retrouvé dans la peau ; mais le Tl a un point de volatilisation très voisin du point de fusion, ce qui rend sa recherche chimique difficile. Si l'on emploie la méthode de recherche de Neumann : incinération par voie humide, on observe des résultats nettement positifs.

T. maintient donc sa théorie et résume ainsi les raisons sur lesquelles il la fonde :

1° démonstration du Tl dans la peau (méthode Neumann) ;

2° présence de lésions anatomiques de la matrice et du follicule du poil ;

3° possibilité d'épilation locale par applications de Tl ;

4° présence de lésions identiques dans les poils qui s'éliminent par administration orale ou locale du Tl ;

5° absence de lésions neuro-endocrines anatomiquement et fonctionnellement appréciables au moment de la chute des poils, soit chez l'animal non chroniquement intoxiqué, soit chez l'enfant ;

6° aucune influence démontrée par l'administration simultanée de Tl et d'extraits glandulaires ;

7° possibilité de sommation de l'action du Tl et des rayons X ;

8° possibilité de circonscrire cette action conjuguée sur des districts cutanés limités. BELGODERE.

Phénomènes de floculation dans les liquides céphalo-rachidiens des malades de syphilis nerveuse (Note préliminaire), par G. LANTERI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 4, août 1929, p. 880, bibliographie.

Depuis une dizaine d'années, la réaction de Meinicke (M. T. R.) après de nombreuses modifications et des jugements très divers, a résisté à la critique et s'est imposée dans la pratique comme réaction utile de contrôle pour la recherche de la syphilis dans le sérum du sang.

L'auteur a voulu essayer l'emploi de cette méthode pour la recherche de la syphilis dans le liquide céphalo-rachidien. Ses expériences ont été faites sur 24 liquides dont 13 appartenaient à des luétiques. Chez 7 de ces liquides luétiques, il a constaté un trouble précoce, suivi d'une floculation nette. Ce phénomène s'est vérifié presque exclusivement dans les tubes formolés, contrairement à ce qui advient pour la même réaction appliquée au sérum du sang, dans laquelle les tubes formolés fonctionnent comme contrôles. Il en a été autrement des résultats obtenus par les mêmes liquides par d'autres auteurs, qui ont conclu à l'inutilité des tubes formolés comme moyen de contrôle. Ces constatations, d'après l'auteur, sont intéressantes, aussi bien au point de vue doctrinal qu'au point de vue pratique. BELGODERE.

Coexistence de lésions cutanées et nerveuses spécifiques chez un sujet luétique, par CARTIA. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 4, août 1929, p. 887, bibliographie.

Observation d'un malade contaminé de syphilis il y a 23 ans. Traitement initial insignifiant. Ce malade, 23 ans après, présentait des signes cliniques et humoraux nets de tabès, et des ulcérations gommeuses des deux jambes, apparues presque en même temps que les manifestations nerveuses. Traitement bismuthique : guérison rapide des lésions cutanées, aucune modification des troubles nerveux, accentuation des troubles humoraux.

Cette observation fournit des arguments intéressants à la discussion sur la dualité du virus syphilitique soutenue par Levaditi et Marie. De pareils cas sont rares, mais d'autres auteurs et notamment Clément Simon en ont signalé.

D'après C., cette rareté n'est pas un argument valable en faveur du dualisme ; elle est due simplement à la tendance de la syphilis à se localiser sur un organe ou un tissu déterminé. Les lésions aortiques de la syphilis coexistent aussi rarement avec les lésions cutanées, et l'on n'attribue pas ce fait à l'existence d'un virus aorticotrope. Cette tendance localisatrice s'observe aussi dans la tuberculose, dans la lèpre et l'on n'a pas pour cela soutenu le dualisme des agents pathogènes de ces deux maladies.

Autre argument : il pourrait y avoir eu réinfection chez un hédéro, mais le malade de C. ne présentait aucun stigmate d'hérédo.

Autre argument : contagion simultanée par les deux virus : mais dans le cas de C. les accidents cutanés et nerveux étaient apparus simultanément après 23 ans de silence aussi bien nerveux que cutané.

Autre argument : guérison rapide des lésions cutanées, résistance des lésions nerveuses. Mais cette différence s'explique tout aussi bien par des conditions anatomiques et de terrain différentes.

Le cas observé fournit donc de bonnes raisons en faveur de l'unicité du virus syphilitique. BELGODERE.

Contribution à l'étude du « purpura annulaire télangiectode » de Majocchi, par L. MARCHISIO. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 4, août 1929, p. 892, 2 planches. Bibliographie.

Ceux qui n'ont jamais eu l'occasion de voir cette dermatose peu fréquente, pourront se la « mettre dans l'œil » en contemplant les deux belles photographies très typiques qui accompagnent cet article.

L'auteur en décrit un cas très net qu'il a observé chez un jeune homme de 26 ans, n'ayant rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels et notamment ne présentant rien qui puisse faire soupçonner une tuberculose, même latente. Comme d'habitude, les lésions siégeaient aux membres inférieurs et présentaient leurs caractères habituels tels qu'ils ont été décrits : télangiectasies annulaires, périfolliculaires, compliquées parfois de petites hémorragies interstitielles (purpura) et suivies de taches pigmentées. Le malade, peu de temps avant l'apparition de la dermatose, avait présenté de la phtyriase pubienne, qui avait été traitée par des lotions de sublimé.

S'il n'y avait rien de pathologique dans les antécédents, cependant l'examen constitutionnel dénotait une orientation endocrine vers l'hypergénitalisme, l'hypoparathyroïdisme, l'instabilité thyroïdienne, et une orientation neurotonique ampholabile avec crises gastriques et instabilité d'humeur.

Pour ces raisons, le malade fut soumis à un traitement par la Proveinase, mélange de préparations galéniques et de produits opothérapiques. La dermatose s'améliora rapidement, les figures annulaires se fragmentèrent (phase involutive et fragmentaire de Majocchi), puis disparurent.

Après cette guérison, on essaya de provoquer une récidive par de nouvelles applications de sublimé, mais sans succès.

Cette observation est précédée d'une étude historique où sont rappelées les diverses publications par lesquelles Majocchi a fait connaître la dermatose à laquelle il a attaché son nom, et les diverses discussions sur la nature de cette affection. Pour Majocchi, le phénomène initial était la vaso-dilatation capillaire, et les autres lésions (hémorragies punctiformes, infiltration leucocytaire, pigmentation, atrophie cutanée) étaient des phénomènes consécutifs. La dermatose serait donc de nature vaso-motrice, c'est-à-dire une angioneurose, hypothèse que confirme sa constante disposition symétrique.

Mais, si la symptomatologie décrite par Majocchi est restée inchangée, son interprétation pathogénique a été discutée, l'origine tuberculeuse, notamment, a eu ses partisans, surtout Balzer ; d'autres ont invoqué la syphilis, d'autres le rhumatisme, pour ne citer que les facteurs étiologiques le plus souvent invoqués. Certaines observations tendraient aussi à faire admettre une origine toxique mercurielle, et le cas de C. semblerait rentrer dans cette catégorie.

L'auteur discute à son tour le mécanisme pathogénique du purpura annulaire. Il est d'avis que, non seulement le sublimé, mais n'importe quel facteur endogène ou exogène, toxique ou non toxique (sensibilisation) peut provoquer cette éruption, à la condition qu'une sensibilité spéciale du sujet permette à ce facteur de développer son action. C. attire l'attention sur les points suivants :

1° jamais le purpura annullaire n'a été constaté avant la puberté ;

2° la localisation constante et presque exclusive sur les membres inférieurs permet de suspecter une prédisposition individuelle constitutionnelle ;

3° le bon résultat qu'il a obtenu par un traitement mixte, galénique et opothérapique, semble confirmer son hypothèse.

Il croit donc pouvoir conclure que le purpura annulaire télangiectode est une affection qui frappe électivement les petites veines de segments cutanés déterminés particulièrement exposés à subir l'action nuisible des agents toxiques les plus variés. Ces agents toxiques agissent en vertu de leur propriété toxique sur les éléments vasculaires originairement moins résistants parce qu'ils appartiennent à des sujets dont une caractéristique particulière est l'angiohypotonie constitutionnelle, associée à une instabilité endocrino-sympathique.

BELGODERE.

L'importance de la réaction (Ph, pouvoir régulateur, etc.) sur les phénomènes qui se développent dans la peau (Leçon du cours de la spécialité de Dermatologie), par M. COMEL. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 4, août 1929, p. 908, bibliographie.

C'est la suite des leçons sur la physiologie cutanée dont nous avons déjà analysé plusieurs.

Ainsi que l'a fait remarquer Michaelis, beaucoup de recherches biologiques, bien qu'elles aient été exécutées avec le plus grand soin, prêtent à la critique, parce qu'on n'a pas tenu compte d'une condition dans laquelle le phénomène biologique s'est développé : la *réaction du milieu*. Il est notamment d'une importance primordiale de déterminer si le phénomène s'est développé dans un milieu *alcalin* ou *acide*.

Ainsi sont nées les conceptions actuelles sur la concentration en hydrogénions, ou chiffre d'hydrogène, sur le pH exposant d'hydrogène, sur les solutions régulatrices et le pouvoir régulateur.

C. expose les notions physico-chimiques complexes sur lesquelles est basée la conception du pH : loi de l'action de masse ; loi de dissocia-

tion, constante d'affinité, constante de dissociation, dissociation électrolytique ; notion des substances régulatrices, modératrices, équilibratrices, qui ont pour rôle de s'opposer aux variations trop grandes du pH.

Ces notions sont connues et ne sauraient se résumer, d'autant plus que C. les expose sous une forme très mathématique, car il semble posséder une virtuosité mathématique qu'il reconnaît que l'on ne saurait exiger d'un clinicien.

Les recherches dans une pareille voie sont particulièrement intéressantes pour le dermatologiste qui, dans les altérations de la peau, se trouve souvent en face de processus exsudatifs, de vésicules, de phlyctènes et de bulles, qui lui fournissent un matériel d'expériences fructueuses.

Principaux régulateurs du pH de l'organisme : rôle des carbonates, des phosphates, des protéines.

Jusqu'ici, sur le pouvoir régulateur de la peau, aucune étude n'a été entreprise.

C. montre, par quelques exemples, que cette étude présenterait pourtant un grand intérêt. Ainsi la réaction de la dopa, la formation de pigment dans les fragments de peau immergés dans une solution de dioxyphénilalanine ne se produit pas si l'expérience est faite avec la peau d'un albinos ou de la peau vitiligineuse. Or Przibram a constaté que le suc de cette peau dépigmentée était *plus acide* que celui de la peau pigmentée. Schade et Marchioni, étudiant la concentration en hydrogénions de la surface cutanée et de la peau elle-même, ont constaté des variations du pH suivant les régions. La valeur moyenne est de 3,78 ; il y a donc dans la peau un léger degré d'acidité *auquel on n'avait jamais jusqu'ici prêté attention*. D'après ces auteurs, la peau représente donc un véritable *manteau acide* qui joue un rôle de protection de l'organisme, cette acidité étant notamment défavorable au développement des microbes. D'autant plus que cette acidité est limitée aux couches les plus superficielles de la peau, tandis que les couches profondes ont au contraire une réaction alcaline, favorable au développement des germes pathogènes, et ainsi s'expliquerait par exemple le rôle joué par les raghades dans le développement des infections de la peau.

Un autre sujet d'étude intéressant serait aussi l'influence des hydrogénions sur la fonction des capillaires : ils auraient *sur ceux-ci une action vaso-constrictrice* ; d'où l'on peut tirer de nombreuses conséquences physiopathologiques.

C. énumère encore les nombreux horizons que l'étude du pH offre au dermatologiste : pouvoir modérateur des tissus cutanés et de leurs sécrétions ; variations du pH suivant les influences physiologiques ou pathologiques suivant les régions cutanées ; pH de la sécrétion sudorale ; son influence sur la formation de la kératine et du sébum, sur le développement des processus immunitaires, etc.

BELGODERE.

La Pediatria (Naples)

Recherches expérimentales sur les modifications immunitaires induites par des épreuves de Schick répétées, par E. Schwartz. *La Pediatria*, 1929, n° 1

L'auteur a repris en considération la possibilité d'obtenir une atténuation de l'intensité de réactions de Schick successives pratiquées chez le même sujet, de manière à arriver à une complète négativité, possibilité affirmée par certains, niée par d'autres. Par des observations sur des enfants et des recherches sur des animaux de laboratoire, il a pu confirmer que, faisant suivre une première épreuve de Schick positive, d'une seconde, d'une troisième et éventuellement d'une quatrième à la distance de dix ou quinze jours l'une de l'autre, les réactions successives sont toujours moins intenses et la dernière devient négative.

Cette modification de la réactivité cutanée de sujets réceptifs à la diphtérie peut s'expliquer par l'augmentation du pouvoir antitoxique du sang, bien qu'elle ne soit pas très notable, due à l'introduction dans la peau de la toxine diphtérique, employée dans la technique de la réaction de Schick. Cette stimulation de la production d'antitoxine est démontrée par le dosage direct dans le sérum des enfants par la méthode de Römer, et par la plus grande résistance des cobayes à l'intoxication expérimentale, par comparaison avec les contrôles. Par conséquent, l'auteur estime qu'il n'est pas trop hasardeux d'émettre l'hypothèse de l'intervention d'un véritable processus immunitaire histiogène, due aux très petites quantités de toxine et d'autres substances contenues à côté de celle-ci dans le filtrat de bouillon-culture de bacille diphtérique et introduite dans le derme, indépendamment de la production d'antitoxine et parallèlement à celle-ci. Belgodere.

Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia (Naples)

Sur un onguent de goudron et de soufre de composition constante (sulfanthrem) dans la pratique dermatologique, par E. Addari. *Rassegna internazionale di Clinica e Terepia*, n° 2, 1929.

L'auteur a expérimenté dans diverses dermatoses le Sulfanthrem, qui est un onguent de soufre et de goudron minéral de composition constante, qui se conserve indéfiniment.

Se basant sur les résultats obtenus, il conclut que le Sulfanthrem à l'égal du goudron et du soufre est un médicament réducteur et kératoplastique ; qu'il possède des propriétés très nettes antiprurigineuses et analgésiques ; qu'il est bien toléré dans les dermatoses chroniques et ne provoque pas de phénomènes d'intoxication même quand on l'applique sur des surfaces cutanées étendues, chez des vieillards et des enfants ; que souvent, il a une faible action et n'est pas toujours bien toléré dans les eczémas aigus et dans les pyodermites, mais exerce une action bienfaisante dans les dermatoses chroniques et dans les eczémas

chroniques rebelles ; qu'il trouve son indication dans toutes les affections dans lesquelles est indiqué l'emploi du goudron et du soufre ; qu'il est de commode application, toujours prêt, et peut être un excellent remède à la portée de tous, spécialement des médecins isolés dans des pays éloignés d'une pharmacie où l'on ne peut pas toujours avoir une pommade fraîche et bien préparée. BELGODERE.

Riforma Medica (Naples)

Sur l'antivirus du gonocoque, par V. NICOLETTI. *Riforma Medica*, 9 mars 1929.

L'auteur rappelle succinctement la conception de l'antivirus, avec l'idée d'exposer quelles sont réellement les actions des filtrats de bouillon-culture de staphylo et de streptocoque et de séparer l'action inhibitrice du développement bactérique (par modifications advenues dans le milieu de culture) de l'action immunisante (par passage dans le terrain de substances dérivant des corps bactériens).

Dans les expériences sur le gonocoque, on a obtenu des résultats *in vitro* satisfaisants : Bertarelli (*Pensiero Medico*, n° 3, 1928) a obtenu des terrains solidement vaccinés ; Tarantelli (*Riforma Medica*, n° 4, 1929) a obtenu des développements toujours plus pauvres dans les terrains une ou plusieurs fois réensemencés. Dans un précédent travail (*Boll. Istit. Sierot. Milanese*, fasc. 8-9, 1928), l'auteur rapportait que, en unissant 1/5 de terrain vieux à un terrain nouveau, il a obtenu un développement de germes inférieur de 1/5 par rapport au terrain de contrôle.

Lorsque des expériences *in vitro*, les auteurs sont passés sur l'homme, les résultats ont été discordants : les auteurs français ont obtenu des résultats encore bons ; les Italiens des résultats absolument négatifs. De ce point de vue par conséquent, il faut conclure que la question de la thérapie immunitaire locale gonococcique nécessite encore de nouvelles études. BELGODERE.

La malariathérapie en rapport avec la médecine légale, par PALMIERI. *Riforma Medica*, 1929, n° 3.

Étant donnée la diffusion toujours plus grande de la thérapie malarique contre beaucoup de manifestations morbides du système nerveux central, le problème étudié par l'auteur revêt un intérêt particulier.

Il convient d'être sûr que la souche de malaria est du *plasmodium vivax* et de ne pas courir le risque d'inoculer des souches très dangereuses particulièrement pour le paralytique dont la résistance est déjà diminuée (art. 371 du Code pénal italien). Les cas de mort durant la malariathérapie ne sont pas rares.

On doit également prendre en considération le danger, non plus individuel, mais social, d'une diffusion plus grande et artificielle de la malaria chez des sujets indemnes et dans des régions non malariques.

Le jugement sur la capacité d'un paralytique traité par la malaria doit être très réservé, parce que, si les rémissions sont fréquentes, même longues et profondes, bien rarement on obtient de vraies guérisons : le médecin doit donc se montrer très prudent et refuser régulièrement l'autorisation de reprendre des professions qui comportent des responsabilités civiles et pénales. Même au point de vue de la capacité civile (interdiction, capacité de tester) la plus grande réserve est recommandable. BELGODERE.

Rinasenza Medica (Naples)

Sarcome primitif des deux testicules, par V. ALOI. *Rinacenza Medica*, n° 6, 1929.

Description succincte au point de vue clinique et histopathologique d'une tumeur bilatérale des testicules, à évolution rapide, qui, à l'examen microscopique se révéla formée presque exclusivement de petites cellules rondes mononucléaires, à type embryonnaire, soutenues par un stroma conjonctif atypique, et relativement riche de vaisseaux sanguins également néoformés.

Le diagnostic histologique confirma le diagnostic clinique de sarcome parvi-cellulaire primitif des testicules, et l'auteur rappelle à ce propos que le sarcome primitif des testicules dans l'âge mûr représente une néoplasie rare et même peu recherchée histologiquement qui peut revêtir une forme fuso ou parvi-cellulaire. BELGODERE.

Il Dermosifiligrafo (Turin)

Sur l'importance des altérations endocrino-sympathiques dans l'étiologie des folliculites chroniques atrophiantes, par Aldo MARCOZZI. *Il Dermosifiligrafo*, juillet 1929, p. 313, 7 figures.

Deux malades atteints de folliculites atrophiantes.

Chez l'un, la dermatose atteignit d'abord le cuir chevelu, se localisant au vertex, puis envahit ultérieurement la barbe et les membres. Chez le second, elle resta localisée exclusivement au cuir chevelu. Dans le premier cas, il y avait association avec de la kératose pilaire ; dans le second avec de la séborrhée du visage, du thorax et du dos. Ces deux dermatoses peuvent être classées selon la classification de Martinotti, dans le groupe des alopécies peladoïdes essentielles, idiopathiques et plus particulièrement la première, au type de la folliculite décalvante, à cause de l'évolution chronique silencieuse, de la symétrie des lésions et de l'alopécie cicatricielle consécutive ; la seconde au type de la pseudo-pelade de Brocq, tant par ses caractères cliniques que par la localisation exclusive au cuir chevelu.

Les essais endocriniens et les épreuves pharmacodynamiques mirent en évidence chez ces deux sujets une altération de l'équilibre neuro-

végétatif qui ne se manifesta pas exactement de la même manière chez l'un et chez l'autre. Chez le premier : médiocre réaction à l'adrénaline, très faible réaction à l'atropine, à l'endothyroïdine et à l'endohypophysine ; réaction très nette à la pilocarpine ; ces réactions indiquant un état de *sympaticohypotonie*. Chez le second : faible réaction à l'adrénaline et à l'atropine, réaction très accentuée à la pilocarpine, réactions à type vagotonique de l'endothyroïdine et de l'endohypophysine, indiquant très nettement un état *vagotonique*. Donc, dans les deux cas, prédominance du vague sur le sympathique, mais d'une manière différente.

Brocq avait émis l'hypothèse d'une pathogénie neurotrophique de sa pseudo-pelade, qui pourrait être de nature neuro-endocrinienne. Dans les deux cas rapportés, il y avait bien un déséquilibre de la chaîne endocrino-sympathique mais sans caractères suffisamment précis et bien déterminés qui puissent permettre d'affirmer avec certitude un rapport pathogénétique. BELGODERE.

Contribution à l'étude de lésions osseuses spéciales chez des individus atteints de tuberculides cutanées (Tuberculides des os), par Alessandro VALENTI. *Il Dermosifiligrafo*, juillet 1929, p. 325, 3 figures. Bibliographie.

Jungling, en 1920, a décrit une forme spéciale de tuberculose osseuse qu'il a dénommée : *Osteitis tuberculosa multiplex cystica* et il a confirmé cette description dans un travail plus récent de 1927. C'est une affection des os, localisée *presque exclusivement* aux doigts des mains et des pieds, et qui se présente avec un aspect radiologique caractéristique consistant dans de multiples foyers transparents de raréfaction osseuse, de la grandeur d'une tête d'épingle à celle d'un pois, à contours très nets du côté de la substance osseuse environnante, le plus souvent multiples, localisés habituellement sur les petites épiphyses ou sur les métaphyses des phalanges, des métacarpiens ou des métatarsiens.

L'auteur passe en revue dans la littérature tous les cas analogues qui ont été publiés et il a pu en réunir ainsi environ 60. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que, dans tous ces cas, les lésions osseuses étaient associées à des lésions tuberculeuses de la peau, soit du lupus vulgaire, soit des lésions appartenant à la classe des tuberculides : lupus érythémateux, tuberculides papulo-nécrotiques, scrofuloderme, sarcoïdes de Boeck. Dans quelques cas cependant, il y avait aussi une syphilis concomitante.

L'auteur décrit ensuite deux cas personnels, l'un chez un homme de 43 ans, à antécédents héréditaires et collatéraux nettement tuberculeux. Il présentait aux phalanges des doigts des lésions osseuses, qui, à l'examen radiographique offraient des caractères conformes à la description ci-dessus. Il était en outre atteint, en différents points de la surface du corps, de lésions cutanées qui cliniquement et histologiquement, pouvaient être identifiées comme des sarcoïdes de Boeck.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme de 44 ans, syphilitique bien traité, qui était atteint, aux doigts des deux mains, de lésions qui offraient cliniquement, l'aspect du *spina ventosa*. En outre, il y avait un lupus vulgaire du nez, et une éruption sur différents points du corps, de nodules sous-cutanés disséminés, plutôt durs, qui, au microscope, se montrèrent constitués par un tissu de granulation formé de cellules épithélioïdes et de fibroblastes, avec quelques rares lymphocytes et cellules géantes de Langhans. L'examen radiologique montra la présence de points de raréfaction osseuse qui confluaient de manière à produire la destruction d'une grande partie de la phalange, qui semblait en outre comme élargie ; ces points de raréfaction étaient nettement limités, et à la périphérie, la couche corticale de l'os était conservée, mais amincie, réduite à une simple coque osseuse. Les articulations étaient intactes et il n'y avait pas d'épaississement du périoste.

Si l'on dépouille les observations relevées dans la littérature, on voit qu'il y a deux séries de cas, d'évolution différente : une première série. où les lésions osseuses ont été manifestement primitives, et les lésions cutanées secondaires ; une seconde série où l'évolution a été inverse à début par lésions cutanées, altération osseuse ultérieure.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'évolution paraît se faire en deux phases : phase initiale avec lésions destructives, diffuses ; phase ultérieure avec limitation de ces lésions qui aboutissent ainsi à la formation de cavités kystiques. En réalité, il ne s'agit pas de véritables kystes, et le terme de « kystoïdes » proposé par Flexner, conviendrait mieux.

Discussion du *diagnostic différentiel : spinosa ventosa*, ostéite déformante de Paget, ostéite fibreuse de Recklinghausen ; ostéite gommeuse ; sarcome ; maladie de Raynaud ; lèpre tuberculeuse.

Discussion étiologique : c'est le point le plus intéressant et aussi le plus obscur. Par des arguments qu'il nous est impossible de résumer, l'auteur se rallie à l'hypothèse tuberculeuse. Cette ostéite kystique serait l'homologue pour le tissu osseux de ce que sont les tuberculides cutanées : des *tuberculides des os*, pouvant, comme les tuberculides cutanées être soumises à des influences pathologiques accessoires comme l'admet Darier, qui a proposé le terme de *tuberculoïdes*.

Belgodere.

Notes histologiques sur l'alopécie par le Thallium, par Giuseppe Sannicandro. *Il Dermosifiligrafo*, juillet 1929, p. 348, 8 figures.

Décidément, la question du thallium semble passionner les dermatologistes italiens. S. a eu l'occasion d'observer une centaine d'enfants teigneux chez lesquels on a employé ce procédé dépilatoire et il a pu pratiquer de nombreuses biopsies et examens histologiques. Sans entrer dans le détail des observations rapportées, il a vu que l'acétate de Tl administré à la dose de neuf milligrammes par kilogramme de poids, déterminait de nettes et évidentes lésions des divers éléments de la

peau. Celles-ci consistent dans des phénomènes de dégénérescence et d'atrophie, probablement de nature secondaire, de l'épiderme, auxquels succèdent des processus de régénération hypercompensatrice avec augmentation d'épaisseur de l'épiderme : acanthose.

Le tissu conjonctif est le siège d'un œdème diffus, plus important en général au moment de la dépilation et rappelant parfois l'œdème des néphritiques, ses fibres sont gonflées et montrent quelque tendance à la basophilie.

Le tissu élastique montre des altérations analogues à celles qu'on est habitué à voir dans les processus inflammatoires aigus. Des altérations importantes, qui nous font comprendre la chute du poil s'observent d'abord dans les cellules de la gaine folliculaire, puis dans les cellules germinatives qui entourent la papille : elles consistent dans des phénomènes de lyse nucléoprotoplasmique qui aboutissent à la chute du poil. La papille et la partie profonde du follicule subissent des phénomènes de sclérose tandis que de nouveaux poils sont régénérés aux dépens des follicules rétractés dans la direction de l'épiderme.

Par conséquent, l'alopécie du Tl ne doit pas être attribuée à des perturbations des fonctions des glandes endocrines, spécialement de la thyroïde et de la parathyroïde, sélon les conceptions de Buschke ; elle est due à d'évidentes lésions anatomiques du follicule. Cette opinion, soutenue par C. Truffi (voir plus haut l'analyse d'un travail de cet auteur sur le même sujet) est justifiée, non seulement par l'existence des lésions folliculaires susindiquées, mais aussi par les particulières altérations vasculaires, l'infiltration et l'œdème du tissu conjonctif, déjà évidents 24 heures après l'administration du médicament, plus importants par la suite et persistant souvent au delà du 20e jour.

BELGODERE.

Processus de déshydrogénation dans certains organes de rats intoxiqués par l'acétate de thallium, par Emilio CORTELLA. *Il Dermosifiligrafo*, juillet 1929, p. 360. Bibliographie.

C. rappelle les théories sur les processus d'oxydation intratissulaire et insiste sur la théorie de la *déshydrogénisation* (voir plus haut l'analyse du travail de Bertaccini où cette question est exposée et évitons des répétitions inutiles). C. ayant remarqué dans de précédentes expériences que l'acétate de Tl administré par voie buccale à des rats blancs, même à petites doses, provoque de notables altérations histologiques dans les éléments cellulaires du système nerveux central (voir les analyses précédemment publiées ici de ces travaux) s'est proposé de rechercher si ces lésions s'accompagnaient de variations du pouvoir déshydrogénisant.

Pour ces expériences, furent sacrifiés 32 rats blancs, dont 16 intoxiqués par le Tl, et 16 sains de contrôle.

Dans l'intoxication aiguë et subaiguë, il a pris en considération, outre le cerveau, la thyroïde et les glandes génitales ; dans l'intoxication à

petites doses, il a étendu les expériences aussi à d'autres organes (poumon, cœur, foie, reins, rate, peau du dos).

La méthode suivie a été celle du *m-dinitrobenzol* (voir le travail de Bertaccini).

Des résultats de ces expériences l'auteur a pu conclure que, chez les rats soumis à l'intoxication subaiguë, le cerveau, qui, macroscopiquement, apparaît intensément hyperémique, montre presque toujours, une évidente augmentation du pouvoir déshydrogénisant, la thyroïde et les glandes génitales une diminution constante.

Dans l'intoxication par petites doses, tous les organes, sauf la rate et les reins, ont montré un pouvoir déshydrogénisant notablement augmenté par rapport à la normale. BELGODERE.

Contribution à la connaissance de la dermatose de Fox-Fordyce, par Tommaso VENTURI. *Il Dermosifiligrafo*, août 1929, p. 369, 3 fig. Bibliographie.

La maladie de Fox-Fordyce est une dermatose rare, puisqu'on ne peut en relever que 60 cas dans toute la littérature et 3 seulement dans toute la littérature italienne.

Elle offre des analogies avec le lichen de Vidal, mais en diffère par certains caractères, notamment la localisation limitée des lésions, les éléments papuleux jamais confluents, toujours détachés, l'inefficacité de toute thérapeutique, l'exclusivité au sexe féminin. La pathogénie en est très discutée et c'est là le point le plus intéressant de l'histoire de cette maladie, à cause de son importance doctrinale. L'auteur rapporte un cas qu'il a observé : femme de 21 ans ; prurit des creux axillaires ; ceux-ci sont pigmentés, recouverts de poils rares, grêles, tronqués ; on y remarque de petits éléments saillants réguliers arrondis, de la grandeur d'une tête d'épingle, nettement individualisés et distincts les unes des autres, ils donnent à la région l'aspect de la peau ansérine.

En outre, la malade accuse un état de dépérissement, d'amaigrissement et de faiblesse générale accentuée.

Les épreuves pharmacodynamiques se comportent très différemment de ce qu'on observe d'habitude. Adrénaline : la pression, au lieu d'augmenter, diminue, surtout la minima. Thyroïdine : également diminution de la pression maxima et minima, qui remonte ensuite. Donc il semble bien que l'on puisse affirmer, sinon insuffisance thyroïdienne, au moins dysfonction thyroïdienne, ce qui concorde du reste avec l'état d'asthénie.

Pour cette raison, la malade fut soumise à un traitement thyroïdien assez intense, par voie hypodermique ; il en résulta au bout de quelques mois une amélioration considérable, locale et générale, et même une guérison complète.

Au point de vue histologique, on constatait : hyperkératose, parakératose, acanthose, infiltration en nodules autour des canaux d'excrétion

des glandes et autour des glandes elles-mêmes ; dilatation des glandes sudoripares qui prenaient un aspect kystique.

Quant à la pathogénie, l'auteur propose l'interprétation suivante : les glandes sudoripares de l'aisselle sont de deux sortes, les unes olocrines, les autres mérocrines ; ces dernières se subdivisent en eccrines et apocrines. Les glandes apocrines ont une sécrétion formée par la destruction d'une partie des cellules de l'épithélium glandulaire, tandis que l'autre partie reste fixe et régénère la cellule. Ces glandes apocrines présentent une interdépendance fonctionnelle avec les glandes endocrines, elles-mêmes liées au système nerveux végétatif. Telle est la chaîne suivant laquelle se développe le processus de la maladie de Fox-Fordyce. Altération qualitative ou quantitative du produit de sécrétion des glandes apocrines ; altération consécutive de ces glandes ; ainsi s'expliqueraient les localisations, le prurit, etc.

L'incertitude des auteurs qui ont étudié cette maladie pour en éclairer la pathogénie explique qu'elle a reçu des appellations très diverses : dermatose excrétoire (Fischer), dermatite circumpilaire prurigineuse (Wiséis), lichen axillaire (Betti), lichen chronique des glandes apocrines (Fischer).

Provisoirement, l'auteur ne considérant point la solution pathogénique qu'il propose comme définitivement établie, est d'avis qu'il est préférable de conserver l'appellation de maladie de Fox-Fordyce.

BELGODERE.

Sur la réaction de Wassermann et de Meinicke dans le chancre mou, par Luigi VERCELLINO. *Il Dermosifiligrafo*, août 1929, p. 384.

Le problème de la déviation du complément dans le chancre mou a une importance à la fois pratique et théorique.

L'auteur passe en revue les divers travaux qui ont été publiés sur cette question. Les résultats en ont été contradictoires. Certains n'ont trouvé qu'un pourcentage infime de résultats positifs (1 o/o et même 1 p. 800, Birnbaum) attribuable à des réactions non spécifiques. D'autres ont trouvé une proportion importante : Thibierge et Legrain : 16 o/o. D'autres enfin ont vu la réaction, d'abord négative, devenir faiblement positive, puis redevenir négative (Pautrier).

V. a entrepris des recherches de contrôle, qui n'ont pu porter que sur un nombre limité de cas, parce que « par suite des modernes organisations prophylactiques, les chancres mous se font de plus en plus rares » *disgraziamente* (malheureusement !) dit-il. Ce cri du cœur de vénéréologiste pourra faire sourire, mais le fait est qu'à lutter contre les maladies vénériennes, la situation du vénéréologiste ne tardera pas à devenir aussi instable que celle de l'oiseau sur la branche, avec cette circonstance aggravante que l'oiseau ne semble avoir d'autre préoccupation que de scier la branche.

V. n'a pas borné ses recherches à l'étude de la déviation du complément dans le sérum sanguin. Il a fait les recherches suivantes :

1° recherche du B.-W. dans le sérum du sang ;
2° recherche de la M. T. R. dans le sérum du sang ;
3° recherche du B.-W. dans le liquide de bulles de vésicatoire ;
4° recherche de la M. T. R. dans le même liquide ;
5° recherche du B.-W. dans l'exsudat de chancre mou ;
6° recherche de la M. T. R. dans le même exsudat ;
7° recherches des réactions chez les sujets soumis à un traitement par le Dmelcos ;
8° recherche des mêmes réactions chez des sujets soumis au même traitement, mais indemnes de chancre mou.

Résultats. — Réactions B.-W. : résultats constamment négatifs dans tous les cas, et toutes les modalités.

Réaction M. T. R. : résultats négatifs chez les sujets atteints de chancre mou sur le sérum et le liquide de vésicatoire. Résultats positifs : 61 o/o sur l'exsudat de l'ulcère. Résultats positifs : 87,5 o/o sur le sérum des sujets atteints de chancre mou traités par le Dmelcos intramusculaire.

Chez les sujets sains soumis à des injections de ce même vaccin, les résultats ont toujours été négatifs. BELGODERE.

Essais de thérapie bismuthique dans le lupus érythémateux (Note préliminaire), par Nello Renato GARZELLA. *Il Dermosifiligrafo*, août 1929, p. 392.

La pathogénie du lupus érythémateux est très discutée, son origine tuberculeuse n'est pas admise par tous et les influences étiologiques les plus variées ont été mises en cause et notamment l'étiologie luétique, invoquée par certains à cause de la coexistence parfois de la réaction de Bordet-Wassermann positive, et surtout à cause de l'influence favorable de cures antiluétiques et notamment arsénobenzoliques.

Plus récemment, on a attribué aussi au Bi une action curatrice et ces faits sont venus remettre en question le problème pathogénique.

G. a tenté de contrôler ces résultats. Il a soumis à des cures bismuthiques des sujets atteints de lupus érythémateux. Il conclut d'une manière tout à fait défavorable. Il est vrai que ses cas sont peu nombreux : 7 et il ne prétend pas donner une opinion définitive ; c'est pourquoi il dit seulement : *note préliminaire*. Mais chez un seul de ses malades il obtint seulement une amélioration temporaire, promptement suivie de récidive.

Par conséquent : 1° les résultats obtenus dans le traitement du lupus érythémateux par des cures antiluétiques ne permettent, actuellement de tirer aucune déduction pathogénique ; 2° les déductions émises par certains doivent être considérées comme trop audacieuses, et il faut considérer que certains sujets atteints de lupus érythémateux sont aussi affectés de syphilis, acquise ou héréditaire, et qu'ainsi peut s'expliquer une action favorable dans certains cas, directe ou indirecte, des cures antiluétiques ; 3° le nombre des cas sur lesquels ont porté jusqu'ici les

recherches est trop faible pour qu'on puisse en tirer des conclusions formelles ; 4° les résultats variables obtenus par des méthodes très variées, donnent à penser que le traitement de cette dermatose n'est pas unique et que ses causes aussi peuvent être multiples.

BELGODERE.

Le thiosulfate de soude comme antidote du thallium dans les traitements épilatoires, par Nicolo CALUZZI. *Il Dermosifiligrafo,* août 1929, p. 399.

On sait que l'emploi du Tl est dangereux au delà de l'âge de dix ans et le Prof. Fuld, de Munich, a observé récemment un cas d'intoxication chez un enfant de douze ans. Le Prof. Buschke poursuit actuellement des recherches pour trouver un antidote du Tl, qui en empêcherait l'action toxique, sans entraver son action thérapeutique, c'est-à-dire dépilatoire. Des substances très diverses ont été essayées dans ce but, sans grand résultat. Toutefois récemment, Mrongowius et Duchan, ont dit être parvenus à enrayer les effets toxiques, au moyen du thiosulfate de soude, employé par voie buccale et non intraveineuse, comme on l'avait fait précédemment, sans succès (Ce produit, comme on sait, a donné de bons effets dans les dermatites par l'arsénobenzol et dans les intoxications mercurielles).

C. a employé ce moyen préventif en administrant le thiosulfate de soude en trois doses quotidiennes de 1 gr. 5.

Les expériences ont porté sur 15 enfants atteints de teigne et les résultats satisfaisants qu'il a constatés lui permettent de confirmer que le thiosulfate est vraiment un bon antidote du Tl, et qui pourrait peut-être permettre d'utiliser sans danger ce moyen dépilatoire commode et peu coûteux même chez les adultes. BELGODERE.

Traitement des ulcères variqueux, par E. CIAMBELLOTTI, *Il Dermosifiligrafo.* septembre 1929, p. 425, 5 figures.

Nous n'insisterons que sur quelques points particuliers de cet article didactique qui expose, comme tout travail semblable, des notions déjà en grande partie connues. Mais on y trouve aussi quelques « nouveautés ».

Le traitement des ulcères variqueux comprend deux groupes d'indications : 1° les indications curatives ; 2° les indications préventives. Les premières doivent viser à l'atténuation des processus inflammatoires aigus, à la désinfection des lésions, à la stimulation des processus de réparation, à la cicatrisation de la perte de substance.

Les secondes doivent viser à empêcher le retour du processus ulcératif après sa cicatrisation, notamment en combattant la stase circulatoire et en stimulant la circulation.

I. — Parmi les moyens curatifs, l'auteur insiste beaucoup sur les vertus thérapeutiques de l'*extrait testiculaire total,* particulièrement efficace contre les ulcères atones, à fond blanchâtre, lardacé, qui mettent à bout la patience du médecin et du malade. Il semble agir comme un *tonique cellulaire* en excitant la formation de granulations, et, plus

encore, il exerce une action cicatrisante, stimulant la production de l'épithélium. S'il exalte les processus de granulation torpide et vivifie ceux qui se développent avec peine, par contre, il exerce une action modératrice sur les granulations exubérantes ; il agirait donc plutôt comme un *régulateur* des processus de réparation. Son action sur l'épithélium ne s'exerce pas seulement en cas de solution de continuité, mais aussi sur les zones déjà réparées dont l'épithélium est mince et fragile : on voit celui-ci devenir plus solide, plus épais, plus résistant aux traumatismes.

C. a également utilisé l'*insuline*, dont les bons effets ont été reconnus par divers auteurs dans divers pays. Il n'est pas partisan des pommades qui empêchent la substance active d'exercer son action. Il en imbibe des compresses de gaze dans la proportion de 5 unités par centimètre carré. Il lui a semblé que l'insuline exerçait son action surtout sur le développement des granulations, tandis que l'extrait testiculaire agit sur la néoformation épithéliale. On voit donc que ces deux moyens thérapeutiques se complètent, peuvent être associés et ont chacun leurs indications. Par exemple, au début, on pourra recourir à l'insuline pour combler la perte de substance, plus tard, à l'extrait testiculaire pour obtenir la cicatrisation.

II. — Quant aux moyens préventifs, ils seront parfois au-dessus des ressources du médecin, qui devra parfois recourir au chirurgien, par exemple pour la résection des paquets variqueux. Si le malade est pusillanime, les injections sclérosantes, très en faveur en ce moment, pourront être d'un grand secours, notamment les injections avec la solution de Pregl (l'auteur n'en indique pas la composition, il semble que ce soit une solution de salicylate).

Une méthode qui jouit actuellement en Italie d'une certaine faveur, est la *méthode ambulatoire de Gaetano*. Ce procédé consiste à enserrer le membre malade dans toute sa hauteur avec des bandelettes imbriquées de saparadrap adhésif, de manière à exercer une compression qui vide les veines dilatées et les empêche de se remplir de nouveau dans la position déclive. Le malade peut, en même temps, marcher et même il le doit, parce que les compressions musculaires chassent le sang des veines et favorisent la circulation. Ainsi les sujets atteints d'ulcères ne sont pas entravés pendant de longs mois dans leur travail et mis dans l'impossibilité de gagner leur vie, ce qui est un des points les plus sombres du pronostic de l'ulcère variqueux.

Belgodere.

Contribution à la connaissance de la dermatite pustuleuse chronique et végétante sur base histologique de pseudo-épithélioma, par Tommaso Venturi. *Il Dermosifiligrafo*, septembre 1929, p. 449, 4 fig. Bibliographie.

L'auteur décrit un cas de dermatite pustuleuse végétante type Hallopeau avec évolution subaiguë, longue, localisée d'abord au dos de la main droite, puis sur la main gauche. Les examens microscopiques et les cultures mirent en évidence, dans les deux lésions, un staphylo-

coque. Celui-ci, dans les épreuves biologiques, montra une faible virulence. L'intradermo-réaction par ce même germe fut positive ; la déviation du complément partiellement positive.

Les divers examens histologiques donnèrent : une augmentation des couches épithéliales, particulièrement aux dépens de la couche épineuse qui, sur beaucoup de points, déborde par de grands bourgeons, formant des travées papillomateuses, dans d'autres points se groupent concentriquement formant des perles épithéliales. En beaucoup de points, réaction inflammatoire constituée en majeure partie par des lymphocytes, des histiocytes et des mastzellen. Pas de polynucléaires et de cellules géantes. Des méthodes spéciales de coloration ne mettent pas en évidence les staphylocoques dans la profondeur, mais on réussit au contraire à observer quelques éléments arrondis colorés en bleu, entourés d'un halo blanc non coloré par les diverses méthodes, ressemblant au saccharomycète.

La dermatose, après une période d'environ dix mois, traitée en vain par diverses méthodes et médicaments, guérit en peu de temps, à la suite de l'ablation chirurgicale des végétations et d'application en permanence de compresses imbibées d'une solution aqueuse de protargol à 10 o/o.

L'auteur conclut à une forme clinique de dermatite pustuleuse végétante de type Hallopeau avec aspect histologique de pseudo-épithélioma avec évolution papillomateuse bénigne.

Au sujet de la pathogénie, il exclut qu'elle puisse avoir été déterminée par les staphylocoques, qui sont implantés seulement sur la superficie et il ne pense pas non plus que l'on puisse incriminer le saccharomycète suspecté à cause des formations arrondies observées histologiquement, à cause de leur rareté.

Il estime, par contre, qu'il y a lieu de tenir grand compte de la profession du patient, boyaudier, contraint à avoir les mains constamment en contact avec des matières fécales de porc.

Belgodere.

Intéressante observation d'épithélioma mixte de la peau, par Emilio Cortella. *Il Dermosifilografo*, septembre 1929, p. 462, 2 fig.

L'auteur décrit un cas d'épithélioma mixte de la peau situé à la région zygomatique droite chez un homme de 60 ans.

Le cas ne présente rien de remarquable au point de vue clinique, il est intéressant cependant à cause de l'aspect histologique de la tumeur à prédominance baso-cellulaire avec des îlots épars et limités de cornéification. L'intérêt le plus grand provient de l'aspect des cellules néoplasiques tassées, allongées, et parfois fusiformes, réunies en faisceaux parallèles ou s'entrecroisant en divers sens, cellules qui ont complètement perdu l'aspect épithélial et simulent sur certains points parfaitement un sarcome fasciculé. Çà et là on aperçoit des globes cornés parfaitement distincts, au milieu de la masse néoplasique, sans que

autour des lamelles cornées il y ait aucune cellule présentant des caractères reportables à la couche épineuse.

L'examen attentif d'un très grand nombre de sections a permis de reconnaître dans certaines d'entre elles la dérivation des cellules néoplasiques d'un bourgeon épithélial issu de la couche basale.

BELGODERE.

Minerva Medica (Turin)

Les oléoconjonctivomes (Contribution clinique et thérapeutique), par BONACCORSI. *Minerva Medica*, 1929, p. 262.

En trois années de recherches, l'auteur a observé et étudié 9 patients atteints de tumeurs bénignes d'origine huileuse (oléoconjonctivomes) dont un très grave par la grandeur et la multiplicité des localisations. S'appuyant en outre sur la littérature de cette question, l'auteur traite séparément d'un point de vue général les chapitres suivants :

Étiopathogénie. — La formation des nodules est toujours due à la substance oléeuse qui, par la difficulté d'absorption représente un corps étranger au sein des tissus, et provoque en eux des phénomènes réactifs de type inflammatoire, qui encapsulent les particules huileuses à travers un mécanisme de néoformation conjonctivale.

Anatomie pathologique. — Macroscopiquement, on constate des masses nodulaires bosselées lobulées avec des jetées qui agissent comme autant de centres d'excitation proliférative sur le tissu conjonctif. La tumeur fibromateuse se présente, soit comme une sclérose dense, soit sous forme aréolaire et lacunaire avec des cavités qui sont le produit de nécroses limitées. Généralement, la partie centrale présente un aspect lacunaire, pendant que la partie périphérique est compacte. Les adhérences avec la peau sont plus tenaces dans les parties plus anciennes et produisent même des ombilications.

Histologiquement, on a un tissu conjonctif sclérosé avec accumulation de fibrilles plus compactes, plus hyalines au centre et avec faible vascularisation. Dans quelques zones, on constate parfois des phénomènes dégénératifs de nécrose. Absence presque complète de fibres élastiques. Dans la partie périphérique, outre des fibrilles conjonctives, on observe en outre des fibroblastes et des infiltrations parvi-cellulaires ; infiltration également de macrophages, mastzellen, cellules plasmatiques, etc. ; présence de fibres élastiques et vascularisation plus développée.

Symptomatologie. — La néoproduction conjonctive peut se présenter sous l'aspect d'une masse nodulaire ou d'un plastron à dimensions même très développées. Elle reproduit une altération phlogistico-irritative du tissu conjonctif sous-cutané à type lent. La masse dure, fibreuse, bosselée, est adhérente à la peau, qui, par suite de troubles circulatoires est rouge, cyanotique. Il n'y a pas de symptômes généraux, à part quelques élévations thermiques qui peuvent survenir à la suite

de fatigues, de traumatismes locaux, durant la période menstruelle, par réactivation inflammatoire de la tumeur. Souvent, il y a un engorgement ganglionnaire du groupe lymphatique correspondant à la tuméfaction.

Évolution. — Les tuméfactions ont une apparition insidieuse et silencieuse et une évolution très lente et progressive. Généralement elles se manifestent chez des sujets d'âge moyen et plus souvent chez les femmes que chez les hommes. L'affection est souvent symétrique, ce qui laisse supposer aussi l'intervention d'un facteur constitutionnel.

Diagnostic. — Pourvu que l'on pense à la possibilité de ces oléoconjonctivomes, le diagnostic différentiel en est facile avec les tumeurs en général, les abcès et les phlegmons, même lorsque la tuméfaction, par des infections secondaires à pyogènes, a abouti à des phénomènes suppuratifs locaux circonscrits.

Traitement. — L'auteur a vu toujours se produire une réduction de la masse tumorale par le repos et les applications froides locales. En outre, il a trouvé très utile la radiothérapie ; elle seule suffit parfois à atteindre le but thérapeutique ; d'autres fois en réduisant la tuméfaction, elle représente une phase préparatoire à l'ablation chirurgicale de la tumeur. BELGODERE.

Acta dermatologica (Kyoto)

Etudes sur la coloration des spirochètes. 1er mémoire : Recherches sur les colorants qui colorent le spirochète pâle (Studien über Spirochätenfärbung. Erste Mitteilung. Untersuchung der pallidafärbenden Farbstoffe), par T. YAMAMOTO. *Acta Dermatologica* (Kyoto), vol. XIII, fasc. 6, juin 1929, p. 674.

Pour ses recherches, l'auteur a employé le spirochète de la syphilis inoculée au lapin. Les étalements sont fixés par un mélange d'éther et d'alcool pendant 15 minutes. 1.315 colorants ont été essayés, soit en solution aqueuse à 1 o/o, soit en solution saturée (quand ils sont peu solubles). La durée de coloration a été de 5 minutes, 1 heure et 24 heures, avec ou sans addition d'acide phénique.

Sur ces 1.315 colorants, 442 ont coloré le spirochète ; 5 colorants n'ont pas coloré le spirochète, mais le suc environnant (coloration négative). Parmi ces 442 colorants, 161 ont donné des résultats égaux ou supérieurs à ceux du Giemsa pendant 24 heures. 3 des colorants négatifs se sont montrés supérieurs au Burri.

Pour vérifier l'action de l'acide phénique, 118 colorants sans effet sur le spirochète et 22 colorants actifs ont été mélangés à l'acide phénique dans la proportion : 5 o/o. Parmi les 118 colorants, beaucoup ont vu leur action renforcée ; d'autres sont devenus des *colorants négatifs* ; quelques-uns parmi les 22 ont perdu de leur efficacité.

Les spirochètes humains se comportent de façon identique.

En général, l'intensité de la coloration dépend de sa durée ; pour

quelques corps, les résultats après une courte coloration sont meilleurs. La plupart des préparations étaient encore lisibles. Avec l'Extra-Violet, la coloration positive se transforme en coloration négative au bout d'un mois, quand le colorant a agi pendant 1 heure ; quand il a agi 24 heures, les spirochètes au bout d'un mois prennent l'aspect d'une chaîne de points violets.

Suit une liste de colorants qui donnent vite un résultat supérieur au Giemsa. L. Chatellier.

Etudes sur la coloration des spirochètes (deuxième mémoire) : Rapports entre les propriétés du colorant et la coloration du spirochète (Studien über Spirochätenfärbung (Zweite Mitteilung) Zusammenhang zwischer den Eigen-Schaffen der Farbstoffe und der Spirochätenfärbung), par T. Yamamoto. *Acta Dermatologica* (Kyoto), vol. XIV, fasc. 1, juillet 1929, p. 77.

De cette intéressante étude chimique, nous ne pouvons retenir que les conclusions suivantes :

Les colorants du groupe triphénylméthane sont les meilleurs colorants, ensuite les colorants xanthéniques. Les monoazo- diazo et azine colorent moyennement. Les colorants des groupes triazo, acridine, oxazine, thiazine et anthraquinone sont en général médiocres.

C'est au goupement chromophore ou auxochrome de ces substances qu'est due leur action. Ainsi les corps du groupe triphénylméthane doivent leurs propriétés au chromophore $\left(-N= \langle \,\rangle = \right)$. Dans un même groupe, les différences entre les colorants relèvent d'une différence dans la place de l'auxochrome.

La présence des halogènes dans un colorant, le rend propre à colorer le spirochète. La plupart des colorants basiques se montrent efficaces ; nombre de colorants acides aussi. Parmi ces derniers, on trouve les colorants du groupe triphénylméthane et du groupe xanthène, qui contiennent un halogène. Les affinités du spirochète pour les colorants basiques témoignent de l'acidité de sa substance. Les bons colorants sont des bleus, des violets, des bleus-violets, des rouges ou des rouges-violets.

Environ la moitié des colorants qui, d'après Mori, colorent la lécithine et la cholestérine, colorent aussi le spirochète. Parmi les colorants de l'acide palmitique et de l'acide oléique, 67 o/o colorent le spirochète. Le mordançage par l'acide phénique est souvent nécessaire, mais pas pour tous les colorants. Les colorants négatifs n'appartiennent pas tous au même groupe. L. Chatellier.

Recherches expérimentales sur la pathogénie des tuberculides (Experimentelle Untersuchung über dei Pathogenese del sog. Tuberkulide), par Tanimura, Baba et Takigawa. *Acta Dermatologica* (Kyoto), t. XIV, août 1929, p. 189 (d'après le résumé en allemand).

Des nombreuses hypothèses explicatives de la pathogénie des tuberculides, la meilleure est celle de Levandowsky : les tuberculides représentent une réaction allergique des malades contre les bacilles tuberculeux vivants ou morts qui sont transportés par voie hématogène en différents points du corps. Les expériences suivantes confirment cette hypothèse. En effet : si, chez un cobaye ayant subi une inoculation de bacilles tuberculeux humains par voie sous-cutanée, on injecte une petite quantité de bacilles tuberculeux de même souche dans le ventricule gauche du cœur, on obtient sur la peau, et particulièrement sur la peau du ventre, au voisinage de la première inoculation, des efflorescences papulo-squameuses ou papulo-pustuleuses. Ces efflorescences examinées jeunes ne révèlent aucune structure tuberculeuse ; au contraire, si on les examine après un temps plus long (2 semaines environ), elles présentent des altérations tuberculeuses typiques ; dans les efflorescences les plus fraîches, il y a de nombreux bacilles colorables ; dans les secondes, ils sont très rares.

On obtient des résultats semblables en procédant avec des bacilles tuberculeux bovins.

Si les cobayes ont été inoculés avec du bacille bovin vivant, on obtient après injection intracardiaque (ventricule gauche) de bacilles morts, les mêmes lésions.

Chez les animaux de contrôle (animaux non tuberculisés antérieurement), l'injection intracardiaque de bacilles humains ou bovins vivant détermine sur le ventre et les zones avoisinant une dermatite diffuse squameuse ou papulo-squameuse ; au microscope, on y constate une inflammation banale péri-ventriculaire et péri-folliculaire avec bacilles abondants.

Les cobayes qui ont subi une injection intraventriculaire gauche de bacilles bovins morts ne présentent aucune éruption.

Ch. Audry.

LIVRES NOUVEAUX

Recherches physiologiques sur l'acétylcholine, par L. Justin-Besançon, Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine. 1 volume de 102 pages, Masson et Cie, Éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'auteur résume dans un petit volume magnifiquement édité par la Maison Masson, les recherches qu'il poursuit depuis 1925 avec le Professeur Maurice Villaret.

Les cliniciens connaissent déjà les ressources qu'ils peuvent tirer de l'emploi judicieux de l'acétylcholine, qui est un des médicaments actuellement des plus actifs de la thérapeutique ; mais l'auteur se borne ici à exposer les expériences de laboratoire tant au point de vue chimique qu'expérimental.

Malgré la forme un peu technique et exclusivement scientifique de cet exposé, on ne saurait trop en recommander la lecture éminemment instructive.

Clément Simon.

Essai sur la pathogénie du cancer, par Léon Bouveret, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon, Médecin honoraire des Hôpitaux de Lyon. 1 volume in-octavo de 153 pages. Librairie J.-B. Baillière et Fils, Paris.

Il est fort intéressant devant l'obscurité du problème du cancer, de lire ce que peuvent en penser des médecins expérimentés, ayant fourni déjà une longue carrière, comme c'est le cas pour M. Bouveret. Le très estimé médecin des hôpitaux de Lyon ne s'est pas contenté de consulter ses notes et ses souvenirs, mais il a détaillé les faits très nombreux d'ordre clinique et expérimental qui sont disséminés dans les publications périodiques ou rassemblés dans les monographies. Il a essayé ensuite de dégager la vérité de cette masse de documents. Ce travail l'a conduit à une hypothèse que résument ces deux propositions : Le cancer apparaît comme une conséquence, une séquelle d'un état infectieux antérieur. Il y a un virus cancéreux, mais ce virus n'est pas exogène, il est produit par la cellule cancéreuse elle-même.

Ces deux propositions sont établies sur un ensemble de faits cliniques et expérimentaux qui méritent d'attirer l'attention et de susciter des recherches expérimentales nouvelles.

Clément Simon.

Archives dermato-syphiligraphiques de la clinique de l'hôpital Saint-Louis, t. I, f. 2, juillet 1929. Un volume de 210 pages. Maloine, éditeur, Paris

On ne peut analyser un tel recueil ; il contient d'une part les « leçons du jeudi », d'autre part, les travaux originaux de la clinique. Les unes sont des mises au point des questions d'actualité, les autres des exposés de faits nouveaux ou rares ; les deux d'un intérêt égal quoique tout différent. Nous nous bornerons à donner le sujet de ces leçons du jeudi : R. Sabouraud : généralités concernant les teignes ; Milian : les conflits thérapeutiques dans la syphilis ; Guy Laroche : la réaction du benjoin colloïdal dans la syphilis nerveuse ; Barthélémy : la syphilis post-traumatique, ses rapports avec la loi sur les accidents du travail ; Giraudeau : recherches sur l'ionisation en dermatologie ; Olga Eliascheff : les notions nouvelles sur la pigmentation cutanée ; Gougerot : état actuel de la bismuthothérapie. — La variété des sujets, leur importance, le nom des auteurs qui les traitent ne sont-ils pas le meilleur gage de l'intérêt qu'on prendra à lire ce volume.

H. Rabeau.

Chirurgie correctrice du nez, avec une préface du Professeur Sébileau, par L. Dufourmentel, ancien chef de Clinique à la Faculté de Paris, Professeur de Chirurgie faciale à l'École Dentaire de France, aux Presses Universitaires de France, 49, boulevard Saint-Michel.

Dans la collection des monographies oto-rhino-laryngologiques internationales, M. L. Dufourmentel s'est chargé d'exposer la chirurgie correctrice du nez, en un petit volume parfaitement clair, orné de bonnes photographies, de nombreux schémas, où il expose sa pratique de chirurgie esthétique du nez.

On connaît la grande expérience, en ces matières, de l'auteur qui a montré dans diverses Sociétés des sujets parfaitement corrigés. La lecture de cette monographie est intéressante non seulement pour les rhino-laryngologistes et les chirurgiens, mais aussi pour les dermatologistes qui sont souvent consultés pour des problèmes d'esthétique faciale et qui liront avec le plus grand profit ce que l'on peut obtenir grâce à une chirurgie délicate, minutieuse et dont les résultats sont véritablement impressionnants.

Une longue préface du Professeur Sébileau précède l'exposé de Dufourmentel. On la lira avec le plus grand plaisir, car le problème de la légitimité des opérations esthétiques y est traité avec tout le développement qu'il comporte, et j'ajouterais avec tout le talent et l'élégance qui caractérise la plume de M. Sébileau.

Par une heureuse innovation, le texte français est résumé en plusieurs langues, ce qui permettra une diffusion plus grande encore de ce petit volume appelé au plus grand succès.

Clément Simon.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie — Hôpital Saint-Louis.

Professeur : M. GOUGEROT

COURS DE PERFECTIONNEMENT

Dermatologie et Vénéréologie

sous la direction de M. le Professeur GOUGEROT

Le prochain cours de Dermatologie *aura lieu du 28 avril au 24 mai 1930.*

Le prochain cours de Vénéréologie *aura lieu du 26 mai au 21 juin 1930.*

Le prochain cours de Thérapeutique Dermato-Vénéréologique *aura lieu du 23 juin au 12 juillet 1930.*

Un cours de Technique de Laboratoire aura également lieu durant cette période.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 300 fr.

Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours auront lieu au Musée de l'Hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, Paris (Xe).

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.) de Physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultra-violets, finsenthérapie, radium), de Thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc...

Le Musée des Moulages est ouvert de 9 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Un certificat pourra être attribué, à la fin des cours, aux auditeurs assidus.

On s'inscrit au Secrétariat de la Faculté de Médecine, rue de l'École-de-Médecine (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures (On peut s'inscrire par correspondance).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr BURNIER, Hôpital Saint-Louis (Pavillon Bazin).

RUSSIE

Le 6 janvier 1930 le Professeur Pierre W. Nicolsky de Rostow-sur-Don a fêté la 45e année de son activité scientifique, pédagogique et médicale et le 14 janvier la 30e année comme professeur.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LE SCLÉRÈME APONÉVROTIQUE BÉNIN (SCLÉRŒDÈME DE BUSCHKE)

Par Ch. AUDRY et J. GADRAT

I

Définition. — Il ne s'agit ici ni du sclérème véritable, ni d'une autre variété de sclérodermie, mais bien d'un syndrome particulier qui a été isolé en 1902 par Buschke sous le nom de *sclerœdème des adultes*. J. Sellei a justement critiqué cette appellation qui est trompeuse ; il a proposé d'y substituer : *induratio progressiva benigna sub cute*, dont l'emploi ne nous paraît guère pratique. Nous avions songé à proposer l'appellation de *sclérème fascial* qui avait l'avantage de n'être pas nouvelle et d'apporter une épithète bien significative ; mais il nous a paru plus clair de remplacer le terme de fascial, ambigu à l'oreille, par celui d'aponévrotique. On verra si le terme de *sclérème bénin aponévrotique* n'est pas le plus propre à répandre la connaissance d'un syndrome bien particulier et dont toutes les observations semblent, jusqu'ici, avoir été publiées en Europe centrale et en langue allemande.

Tous les renseignements que nous donnerons ici ont été empruntés à un travail de J. Sellei (1).

Voici d'abord l'observation qui a été le point de départ de ce petit travail.

II

OBSERVATION

Homme de 68 ans, raccommodeur de parapluies ambulant. Il a été réformé jadis pour une déviation rachitique de la colonne vertébrale

(1) J. Sellei, Sklerœema adultorum (Buschke) (Induratio progressiva benigua sub cute). *Dermatologische Zeitschrift*, sept. 1928, t. LIV, f. 3, p. 161. Les ressources actuelles de nos bibliothèques ne nous ont pas permis de remonter aux sources.

sous forme d'une scoliose dorso-lombaire à concavité gauche, accompagnée d'une voussure thoracique inférieure droite accentuée, et de quelques nouures osseuses parasternales. C'est un emphysémateux un peu nomade, instable, qui a été opéré de hernies. Il mentionne pour l'année 1926 une crise de douleurs rhumatoïdes au niveau des reins et des membres inférieurs, qui a duré un mois, mais avec une convalescence de 2 à 3 mois. Il nie tout antécédent vénérien.

La maladie actuelle a commencé au mois d'août 1929 par un œdème bilatéral non douloureux des jambes remontant jusqu'aux genoux. Une dizaine de jours plus tard, la zone œdématiée devint rouge, toujours indolente, aucune gène dans la fonction ; pas de traitement.

Vers la fin d'août, diminution de l'œdème, mais des douleurs apparaissent au niveau des mollets, irradiées dans la cuisse : lancements, sensation de brûlures, piqûres. Au mois de septembre, l'épiderme commence à se craqueler et à desquamer. La marche devient fort difficile.

A son entrée (20 novembre), à la clinique, le malade présente des altérations symétriques des jambes. Les pieds sont normaux (sauf l'état sénile du tégument), y compris les orteils. Les lésions commencent au niveau des tibio-tarsiennes, dont les régions sont prises dans une tuméfaction diffuse, régulière et dure qui comble les gouttières rétro-malléolaires. A ce niveau, l'épiderme est normal ; l'hypoderme dur, homogène, fixé aux éléments ostéo-fibreux sous-jacents.

Les jambes, depuis le quart inférieur jusqu'au niveau de la tubérosité tibiale sont uniformément gonflées, dures, rouges, recouvertes d'un épiderme craquelé avec larges squames adhérentes. Pas d'atrophie de l'épiderme. Tout relief musculaire est invisible et imperceptible au toucher. Pas de douleurs à la pression. Dans le tiers inférieur, la pression du doigt creuse un godet. Au-dessus, tout le derme et l'hypoderme forment une coque de consistance dure adhérente au tibia, sur laquelle l'épiderme ne glisse pas. Il existe une surface croûteuse, épaisse, limitée à un point de la face interne de la jambe gauche ; une autre semblable sur la face postérieure de la jambe droite. Toutes deux auraient succédé à un suintement localisé. En les détachant, on découvre un épiderme sec et squameux. Jamais de prurit. L'un et l'autre genou sont bloqués dans un tégument dur, blanc, à épiderme normal, adhérent au périoste des saillies osseuses et aux ligaments, immobilisant la rotule, effaçant le modelé de la jointure. Cette induration mince et profonde se prolonge au-dessus des genoux, s'arrête bientôt sur la ligne antérieure, mais se prolonge longuement en une bande étendue le long du tenseur du fascia lata.

Partout, l'épiderme est normal en apparence, mais se refuse à se laisser mobiliser sur un hypoderme presque marmoréen. Une modification semblable, mais moins prononcée débute au niveau du trochanter gauche ; car en général, les altérations sont sensiblement plus marquées à gauche qu'à droite à partir du genou.

Rien d'anormal sur le reste de la peau.

Il existe une gêne fonctionnelle considérable. Le malade ne marche que très difficilement. La jambe gauche particulièrement ne se fléchit sur la cuisse qu'avec la plus grande difficulté, un peu à cause de douleur, beaucoup à cause de la rigidité de la gaine tégumentaire.

Tous les réflexes sont normaux (rotuliens, achilléens, etc.).

La sensibilité est normale, sauf peut-être un certain retard à la perception de la chaleur et du froid.

Au palper, douleur diffuse, mais légère, nulle au niveau du genou ; au contraire, certaines nuits sont marquées par des crises douloureuses étendues à toute la zone d'induration. Pas d'anomalies de la sudation.

L'appareil hépato-digestif et la rate ne montrent rien de malade.

Dans les poumons, traces de bronchite légère, banale.

Cœur : auscultation négative, mais hypertension sensible (Pachon 21-9. I. O. 3 1/2.

Appareil urinaire : ni sucre, ni corps cétoniques ; albumine, 0,05 ; coefficient de Maillard, 6.

Formule sanguine normale.

Réaction de Wassermann : faiblement positive à un premier examen ; douteuse à un second.

Liquide céphalo-rachidien : albumine, 0,40. Cytologie impossible à cause de l'état du liquide (globules rouges).

Réaction de Wassermann nettement positive.

La radiographie des genoux n'a rien fait voir d'anormal.

L'examen électrique des muscles n'a révélé de modifications ni pour le crural, ni pour le sciatique, ni pour l'obturateur.

Légère hyperexcitabilité pour le sciatique poplité externe des deux côtés, sans réaction de dégénérescence.

Biopsie impossible.

Traitement : iodure de potassium 3 grammes par jour.

Dès le sixième jour, amélioration sensible à tous les points de vue : douleurs, consistance de l'infiltration, marche.

Au bout de 7 jours, l'amélioration progresse activement dans tous les sens : le relief du genou se sculpte, l'œdème rouge diminue, la peau s'assouplit, les jointures se mobilisent, la marche s'améliore.

Le 26 novembre, 0,30 de novarsénobenzol intraveineux. On continue l'iodure de potassium à raison de 3 grammes par jour.

Le 3 décembre, l'amélioration continue à progresser rapidement, la marche est facile ; l'infiltration diminue, la peau se mobilise, la rougeur des mollets s'efface ; la marche est facile, — et le malade s'échappe du service.

En résumé, un homme de 68 ans présente depuis quelques mois un état pseudo-scléremateux étendu aux deux jambes, aux genoux, à la partie inférieure et externe des cuisses, remontant vers les fesses, le long du fascia. Point de troubles pigmentaires ; point d'atro-

phie; au niveau des jambes, épiderme rouge, craquelé. Pieds tout à fait respectés. Aucune manifestation angioneurotique; ni asphyxie, ni mutilation, ni érythromélie, ni érythromélalgie.

La syphilis est rendue probable par la R. W. faible dans le sang, mais nette dans le liquide céphalo-rachidien. Brightisme probable au début.

Amélioration rapide sous l'influence de l'iodure de potassium et du traitement arsenical.

L'ensemble de ces manifestations constituait un syndrome tout à fait particulier dont nous avons trouvé l'étude dans des travaux que nous allons résumer.

III

Description. — Buschke en décrivant le premier cas a remarqué lui-même qu'on en trouvait des exemples antérieurs : Blaschko avait décrit une forme de sclérodermie de la face dite : *sclerofaszie*, qui appartenait au type nouvellement isolé; mais ces cas restaient confondus à tort dans le groupe des sclérodermies : tout porte à croire que si l'on reprenait la critique des innombrables observations de sclérodermies anormales qui ont été publiées un peu partout, on découvrirait d'autres antécédents ; mais cela ne change rien au fond de la question ; le sclérème aponévrotique bénin doit être distrait des sclérodermies. Sellei en connaît 23 cas, y compris le sien propre, et la nôtre serait le 24e. Nous sommes persuadés que les observations s'en multiplieront avec la connaissance.

Dès le commencement, on a indiqué les éléments de différenciation d'avec la sclérodermie : début fréquent après une maladie infectieuse; fréquence relative dans l'enfance, bien que Buschke ait d'abord cru pouvoir parler de « sklerœdem adultorum ». Le malade de Gründmangel est un garçon de 4 ans ; la fillette vue par Nœgeli en a 14; celle de Sellei, 10; le nôtre en a 68.

La peau ne présente point d'atrophie ni de pigmentation ; les extrémités : mains et pieds sont saines ; la maladie guérit constamment et presque complètement.

Sellei en distingue deux types : dans le premier l'induration profonde et progressive porte sur le tissu cellulaire sous-cutané profond, les aponévroses et les muscles ; dans le second, elle frappe

les aponévroses et les muscles ; c'est à cette dernière variété qu'appartenait son propre cas, au point que chez sa malade, ni l'épiderme ni le derme ne montraient d'altérations histologiques. Cependant, on peut admettre que cette forme profonde exclusivement aponévro-musculaire est la plus rare.

Le plus souvent, l'induration débute sur la nuque, gagne la face et le dos, les membres supérieurs, en respectant toujours les mains. Elle peut aussi frapper les membres inférieurs comme dans notre cas, et s'étendre vers le siège ; mais elle respecte toujours les pieds. La maladie est parfois très peu douloureuse ; d'autres fois, les mouvements sont raides, difficiles ; les douleurs spontanées sont habituellement nocturnes, peut-être exaspérées par la chaleur du lit.

Essentiellement, il y a induration profonde ; la peau n'est pas toujours très œdémateuse ; la couleur est souvent presque normale, quelquefois rose ou même rouge ; chez notre malade, l'épiderme des jambes s'était craquelé.

Rien n'est si frappant que l'immobilisation dure, presque cuirassée des couches profondes de l'hypoderme adhérentes aux aponévroses, aux trousseaux ligamentaux péri-articulaires. Le long du fascia, s'étendent de longues et minces bandes d'induration (le tenseur du fascialata dans notre cas).

Le fonctionnement des membres est fortement entravé si l'induration est épaisse et dure.

La maladie s'installe lentement, progresse pendant quelques mois et guérit plus ou moins vite, et souvent complètement. On a vu que chez notre malade la maladie dont le début remontait à quelques mois avait présenté une amélioration extrêmement rapide ; dans notre cas, le traitement spécifique, l'iodure de potassium en particulier avaient pu exercer une action rapidement salutaire ; mais cette même évolution vers la guérison s'est rencontrée dans tous les cas, et après l'usage de moyens tels que les pommades salicylées, les bains chauds, les massages, la thyroïdine, etc.

Anatomie pathologique. — E. Hoffmann, dans des cas aigus de la forme superficielle a constaté de la tuméfaction du collagène sans exsudat ni altérations élastiques, de l'épaississement des parois vasculaires, des dilatations capillaires. Il constata aussi des altérations périneurales qui n'ont pas été retrouvées par Bruhns.

Etiologie. — Dans presque tous les cas, la maladie a été précédée d'une pyrexie, grippe, scarlatine, etc. On a vu que chez notre malade, il existait probablement une ancienne syphilis latente révélée par une R. W. céphalo-rachidienne non douteuse. L'extrême rapidité de la guérison sous l'influence de KI est-elle une preuve suffisante de l'origine syphilitique de la maladie chez notre malade?

Pathogénie. — On ne sait rien de précis ; l'origine endocrinienne est souvent invoquée ; mais rien n'est bien établi dans cet ordre d'idée. Sellei n'a pas confirmé l'origine pancréatique qui a été invoquée d'autre part dans la pathogénie du sclérème des nouveau-nés ; il est vrai que l'analogie du sclérème de Buschke avec le sclérème des nouveau-nés est assez grossière ; c'est l'altération du tissu adipeux fondamental dans le sclérème des nouveau-nés qui a fait supposer une origine pancréatique. Rien ne permet d'identifier ou même de rapprocher les deux processus.

Diagnostic. — Ce que nous avons dit nous dispense d'insister sur le diagnostic différentiel d'avec les sclérodermies véritables, ou d'avec notre sclérème des adultes. Les formes rares, mais connues, de dermatomyosites, de dermatoneuromyosites, de myosite ossifiante, se distinguent d'elles-mêmes. Le trophœdème de Meige n'a vraiment aucune ressemblance.

Nous pouvons assurer que si l'on connaît un peu l'existence et les caractères du sclérème aponévrotique bénin, on le reconnaîtra aussitôt, en le discernant parmi les sclérodermies classiques.

Pronostic. — La maladie guérit très généralement ; mais quelquefois, elle laisse quelques raideurs.

IV

RÉSUMÉ

1° Il faut savoir discerner un syndrome pseudo-sclérodermique isolé par Buschke sous le nom de scleroedème des adultes, et qu'il nous paraît préférable d'appeler sclérème aponévrotique bénin : en effet, l'œdème véritable y manque ; la maladie s'observe chez les enfants, la participation des fascia est capitale, la maladie est en partie caractérisée par sa bénignité.

2° Selon toute probabilité, ce syndrome a été observé et décrit avant Buschke (en 1902) ; mais il n'avait pas été distingué comme il convient dans le groupe des sclérodermies dont il doit être isolé, car il s'en sépare complètement : par l'absence de phénomènes pigmentaires, de phénomènes angioneurotiques, d'accidents trophiques, de mutilations, par l'intégrité des extrémités, par l'importance de la participation des aponévroses, par la bénignité de la maladie.

3° L'étiologie est encore indéterminée, et probablement variable : pyrexies, infections, peut-être syphilis dans notre cas (1).

4° La pathogénie est incertaine : les altérations histologiques connues ne révèlent pas de dégénération typique. On peut supposer que l'ensemble des accidents relèvent de troubles dans le fonctionnement des endocrines, et ainsi, les ranger parmi les « endocrinides », dont la nature, l'origine varient avec l'agent qui a pu frapper les glandes à sécrétion interne détruites ou compromises (infections variées, syphilis, etc.). Mais l'évolution habituelle vers la guérison suppose que les lésions glandulaires sont passagères et curables.

On doit aussi se demander s'il n'y a pas lieu de rapprocher ce syndrome des diverses variétés de cellulites soi-disant rhumatismales.

5° Pratiquement, il est très utile de reconnaître le syndrome en question parce que sa détermination en clinique fournit des indications précieuses au point de vue du pronostic et du traitement.

(1) Les anciens syphiligraphes connaissaient bien l'élection de la syphilis des aponévroses pour le tenseur du fascia lata.

UNE NOUVELLE RÉACTION DE LA SYPHILIS DE LA RADIOTHÉRAPIE SYMPATHIQUE A LA LEUCOCYTO-RÉACTION

Par MM. J. GOUIN, H. A. BIENVENUE et P. DAOULAS (de Brest).

I

TRANSMISSION A UN SUJET NON IRRADIÉ DU SANG D'UN SUJET IRRADIÉ

(Réactions leucocytaires).

On sait que la radiothérapie détermine chez un sujet une hyperleucocytose ou une leucopénie précoces suivant le mode de l'irradiation.

Nous avons voulu voir ce que cette particularité acquise du sang deviendrait après transmission par injection intra-musculaire de ce sang à un autre sujet non irradié, et vérifier si le sang du récepteur acquerrait la même réaction leucocytaire que celui du donneur ou présenterait une réactino différente.

Dans la présente série d'expériences, nous avons opéré sur des sujets hospitalisés pour des affections cutanées et ne présentant aucun signe clinique ou sérologique de syphilis. Nous avons procédé à deux séries de numérations parallèles : *a*) Sujet irradié, *donneur* : Numérations de départ. Irradiation. Numérations 2 heures, 24 heures et plusieurs jours après. *b*) Sujet injecté (non irradié), *récepteur* : Numérations de départ. Injection du sang 2 heures après l'irradiation du donneur. Numérations 2 heures, 24 heures et plusieurs jours après l'injection.

Après radiothérapie axiale nue.

Expérience 1. — Donneur : Fl..., 32 ans. Ulcère de jambe droite. 12 juin 1929 : Radiothérapie axiale nue. D4. 5H.

	Avant RX		2 h. après		24 h. après		6 j. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . .		4 867		4 836		4 8[illegible]8		4 650
Leucocytes		9.252		11.308		11.822		5.654
Polyneutro	53,00		60,20		52,60		46,40	
Mono et lympho . . .	37,40		35,00		40.80		46,40	
Polyéosino	7,20		3,40		5,00		6,00	
Mastzellen	2,40		1,40		1,60		1,20	

Récepteur : P..., 57 ans. Petit épithélioma de la joue droite, non ulcéré. 12 juin 1929 : Reçoit le sang de Fl.. , irradié depuis 2 heures.

	Avant RX		2 h. après		24 h. après		6 j. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . .		4 836		.898		4 805		4 743
Leucocytes		8.738		9.766		10.280		10.280
Polyneutro . . .	63,80		70,40		54,20		54,20	
Mono et lympho . .	29.40		25,20		40,00		37,40	
Polyéosino	6,00		3,60		4,60		7,00	
Mastzellen	0,80		0,80		1,20		1,40	

Expérience 2. — Donneur : Fl..., de l'expérience 1.

Récepteur : S... Marie, 14 ans. Tuberculides papulo-nécrotiques du poignet droit et adénite cervicale gauche.

12 juin 1929 : Reçoit le sang de Fl..., irradié depuis 2 heures.

	Avant RX		2 h. après		24 h. après		6 j. après		8 j. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		4.526		4.495		4 495		4 526		4.464
Leucocytes . .		14.792		17.990		19.018		10.794		8.224
Polyneutro. .	56,60		50,60		58,20		50,00		50,40	
Mono et lympho	39,60		46,60		37,00		44,00		45,80	
Polyéosino . .	3,00		2,20		3,60		5,40		3,40	
Mastzellen . .	0,80		0,60		1,20		0,60		0,40	

Expérience 3. — Donneur : BA..., 18 ans. Uréthrite blennorrhagique aiguë.

16 avril 1929 : Radiothérapie axiale nue. D4. 3H.

	Avant RX		2 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		6.300		5.290		5.300
Leucocytes		8.850		11.500		7.400
Polyneutro	59,70		60,70		64,80	
Mono et lympho . . .	37,20		37,70		32,00	
Polyéosino	2,90		1,30		3,00	
Mastzellen	0,20		0,30		0,20	

Récepteur : VIG..., 20 ans. Uréthrite blennorrhagique chronique.

16 avril 1929 : Reçoit le sang de BA... irradié depuis 2 heures.

	Avant RX		2 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		5.750		5.060		5.480
Leucocytes		9.600		14.800		7.750
Polyneutro	50,70		63,60		61,30	
Mono et lympho. . . .	43,90		28,70		35,30	
Polyéosino	5,40		6,40		3,30	
Mastzellen.	0		1,30		0,10	

Donc : 1) Les rayons X (en axiale nue) ont déterminé, 2 heures après, une hyperleucocytose dans le sang du donneur.

2) L'injection du sang du donneur a déterminé, 2 heures après, la même hyperleucocytose dans le sang du récepteur non irradié.

II. — **Après radiothérapie régionale** (carrefours vasculo-nerveux).

Expérience 4. — Donneur : TRE..., 35 ans. Ulcère de la jambe gauche.

15 février 1929 : Irradiation du scarpa gauche 3H. $\frac{30}{10}$ Al.

	Avant		2 h après		24 h. après		10 j. après		17 j. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		4.557		4.588		4 650		4.588		4.588
Leucocytes . .		17.050		7.750		9.300		11.625		15.500
Polyneutro . .	63,00		67,60		58,60		68,20		56,60	
Mono et lympho	32,40		29,80		36,40		30,00		39,40	
Polyéosino . .	3,80		1,60		4,20		1,20		3,80	
Mastzellen . .	0,80		1,00		0,80		0,60		1,20	

Récepteur : Ne..., 27 ans. Ulcère de la jambe.
5 février 1929 : Reçoit le sang de Tre..., irradié depuis 2 heures.

	Avant		2 h. après		24 h. après		10 j. après		17 j. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers)		4.526		4.588		4.681		4.712		4.712
Leucocytes . . .		5.425		4.650		6.975		9.300		6.975
Polyneutro . . .	61,80		58,00		54,20		63,20		69,60	
Mono et lympho .	29,80		35,20		38,60		28,20		24,20	
Polyéosino . . .	6,60		5,60		6,60		7,60		4,60	
Mastzellen . . .	1,80		1,20		0,60		1,00		1,60	

1) Les rayons X (en régionale) ont déterminé, 2 heures après, une leucopénie dans le sang du donneur.

2) L'injection du sang du donneur a déterminé, 2 heures après, une leucopénie dans le sang du récepteur non irradié. La chute est plus faible si le chiffre de départ est déjà bas.

Conclusions.

Des faits qui précèdent, on peut conclure que :

1° Les rayons X appliqués suivant notre méthode (radiothérapie sympathique) déterminent un choc qui se traduit dans le sang, suivant le mode d'irradiation, par une hyper ou une hypoleucocytose, constatables 2 heures après l'irradiation.

2° Le sang d'un sujet irradié transmet (au bout de 2 heures) à un autre sujet non irradié les caractères sanguins acquis par la radiothérapie, caractères dont l'apparition est déjà constatable 2 heures après l'injection.

3° Il y a donc eu choc radiothérapique positif ou négatif, et transmission de ce choc dans le même sens, par injection du sang.

Ce choc est manifesté par la *réaction leucocytaire*. Les variations de la leucocytose dépassent le coefficient d'erreur moyen des numérations. Seule la réaction *précoce* est caractéristique : l'expérience nous a montré qu'elle était nette à la 2e heure.

4° De même que la vaccination, par corps ou produits microbiens introduits dans l'organisme, confère au sang du sujet des propriétés nouvelles qui peuvent être transmises par injection de ce sang — de même ici, semble-t-il, la radiothérapie a conféré au sang du sujet irradié des propriétés nouvelles qui peuvent être transmises par injection. Il y a là comme une *vaccination par les rayons X*, peut-être utilisable dans un but diagnostique ou thérapeutique.

II

TRANSMISSION A UN SUJET NON IRRADIÉ (SYPHILITIQUE) DU SANG D'UN SUJET IRRADIÉ (SYPHILITIQUE OU NON)

(Réactions leucocytaires)

Si l'on répète les mêmes expérienees (1re Note), mais sur des sujets syphilitiques, on constate que les réactions leucocytaires ne suivent plus la même loi : il n'y a plus, dans tous les cas, parallélisme entre les réactions leucocytaires du donneur irradié et du récepteur non irradié.

I. — *Après radiothérapie axiale nue ou à peine filtrée* $\left(\frac{30}{10}\text{ Al}\right)$.

Expérience 5. — Donneur : Ber..., 26 ans. Chancre. B. W. et Meinicke positifs.

18 février 1929. Radiothérapie axiale nue : C7 — 3H.

	Avant		2 h. après		24 h. après	
	0/0	Ch abs	0/0	Ch. abs.	0/0	Ch. abs
Hématies (milliers) . . .		4.580		5.200		5.900
Leucocytes		9.800		14.100		10.400
Polyneutro	68,60		76,30		68,20	
Mono et lympho. . . .	28,50		20,90		28,70	
Polyéosino	2,10		2,30		2,80	
Mastzellen.	0,80		0,60		0,30	

Récepteur : Pe..., 24 ans. Chancre à tréponèmes. B. W. (———) Meinicke +.

Reçoit le sang de Ber..., irradié depuis 2 heures.

	Avant		2 h. après		24 h. après	
	0/0	Ch. abs.	0/0	Ch. abs.	0/0	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		4.620		6.260		5.460
Leucocytes		6.900		11.200		7.050
Polyneutro	72,50		65,50		71,80	
Mono et lympho	25,50		31,60		22,10	
Polyéosino.	1,50		2,10		4,80	
Mastzellen.	0,50		0,80		1,30	

Expérience 6. — Donneur : Mo... Julienne, 29 ans.

3 mai 1929 : Dysménorrhée. L2 — 3H — $\frac{30}{10}$ Al. Non syphilitique.

	Avant		2 h. après		24 h après		7 j. après		14 j. après	
	0/0	Ch. abs.	0/0	Ch. abs	0/0	Ch. abs.	0/0	Ch. abs.	0/0	Ch. abs.
Hématies (milliers) .		4.743		4.774		4.743		4.774		4.650
Leucocytes. .		9.252		14.906		10.280		11.822		15.420
Polyneutro . .	64,60		70,00		59,00		75,80		58,40	
Mono et lympho	29,80		22,80		32,20		19,20		35,00	
Polyéosino . .	4,60		6,80		7,40		4,40		4,60	
Mastzellen . .	1,00		0,40		1,40		0,60		2,00	

Récepteur : Hi... Yves, 26 ans. Syphilis ancienne traitée. BW négatif.
3 mai 1929 : Reçoit le sang de Mo..., irradiée depuis 2 heures.

	Avant		2 h. après		24 h. après		7 j. après		14 j après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers)		4.805		4.836		4.743		4.867		4.960
Leucocytes		9.252		12.336		10.794		7.196		8.738
Polyneutro	66,00		66,60		55,40		58,00		50,80	
Mono et lympho	26,40		29,00		38,80		34,00		43,80	
Polyéosino	6,00		3,40		4,40		6,20		3,40	
Mastzellen	1,60		1,00		1,40		1,80		2,00	

Donc : 1) Les rayons X ont déterminé 2 heures après, la même hyperleucocytose dans le sang du donneur, syphilitique ou non.

2) L'injection du sang du donneur, syphilitique ou non, a déterminé, 2 heures après, la même hyperleucocytose dans le sang du récepteur syphilitique non irradié.

Dans cette classe, aucune différence entre le syphilitique et le non syphilitique, sauf peut-être une hyperleucocytose plus élevée pour le premier.

II. — ***Après radiothérapie régionale*** (carrefours vasculo-nerveux).

Expérience 7. — Donneur : Ev... Jean, 19 ans. Chancre cicatrisé datant de 6 semaines. Roséole. B.W. (++++).

7 février 1929 : Radiothérapie axillaire. 3H $\frac{30}{10}$ Al.

	Avant		2 h. après		24 h. après		jours après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers)		5.120		5.020		5.330		4.900
Leucocytes		6.260		5.300		5.400		5.200
Polyneutro	58,90		63,20		63,60		58,70	
Mono et lympho	35,70		34,90		32,40		35,50	
Polyéosino	4,90		1,70		3,10		5,50	
Mastzellen	0,50		0,20		0,90		0,30	

Récepteur : Le G... Raymond, 21 ans. Chancre cicatrisé. Roséole. B.W. (++++).

7 février 1929 : Reçoit le sang d'Ev... (contaminés par la même femme).

	Avant		2 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		4.743		4.278		5.090
Leucocytes		7.750		13.176		8.200
Polyneutro	49		52,40		58,90	
Mono et lympho. . . .	39		27,70		28,90	
Polyéosino	11		9,20		11,90	
Mastzellen.	1		0,70		0,30	

Expérience 8. — Donneur : Ev..., donneur de l'expérience 7.

Récepteur : Fer... Louis, 22 ans. Syphilis datant de 2 ans, mal soignée. Roséole et syphilides secondaires. B.W. (+++—).

7 février 1929 : Reçoit le sang d'Ev... (radiothérapie axillaire).

	Avant		2 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		5.920		4.020		5.400
Leucocytes		6.800		13.700		5.960
Polyneutro	62,50		69,60		68,30	
Mono et lympho. . . .	31,40		27,00		24,90	
Polyéosino	5,10		3,00		6,60	
Mastzellen.	1,00		0,40		0,20	

1) Les rayons X ont déterminé, 2 heures après, dans le sang du donneur syphilitique, la même leucopénie que dans le sang du donneur non syphilitique (Note 1).

2) Mais l'injection du sang du donneur ne transmet plus la leucopénie acquise. Le récepteur syphilitique non irradié la transforme en hyperleucocytose.

Conclusions.

Des faits qui précèdent, on peut conclure que :

1° Les rayons X déterminent chez le syphilitique un choc qui se traduit de la même façon que chez le non syphilitique.

2° Ces caractères acquis par la radiothérapie ne sont pas transmis tels quels au syphilitique : l'hyperleucocytose acquise est toujours transmise au syphilitique ; la leucopénie acquise est transformée en hyperleucocytose par le syphilitique.

3° Le syphilitique réagit donc de façon spéciale à la transmission du sang d'un sujet irradié. Il semble qu'il y ait là une *réaction caractéristique de la syphilis.*

III

RÉACTIONS LEUCOCYTAIRES PRÉCOCES EN AUTOHÉMOTHÉRAPIE ET EN HÉTÉROHÉMOTHÉRAPIE CHEZ LES SUJETS NON SYPHILITIQUES

L'intérêt de cette étude nous paraît résider en ce qu'elle comporte : 1° La recherche de la réaction leucocytaire *précoce* (vers la 2e heure) ; 2° *La séparation des sujets* en deux classes : syphilitiques ou non.

En effet, les études faites jusqu'ici sur l'autohémothérapie, visant surtout les résultats thérapeutiques de la méthode, n'ont considéré que secondairement la réaction leucocytaire ; et le peu de constance des chiffres réactionnels qu'elles énoncent (Darier : dans 75 o/o des cas leucopénie, du type choc colloïdoclasique, et dans 25 o/o réaction inversée en hyperleucocytose) nous semble provenir d'une part de la non observation d'un horaire déterminé pour les expériences, et d'autre part du mélange dans un même tableau de tous ordres de malades.

Un certain nombre d'expériences faites en série nous permet de dire : 1° que si la numération n'est pas faite à la 2e heure, on risque de passer à côté de la réaction précoce, seule caractéristique, et de tomber sur la période des fluctuations réactionnelles ultérieures sans signification ;

2° Et que la réaction précoce peut être différente suivant les catégories de malades. Et, de fait, nous avons obtenu des résultats homogènes en distinguant les sujets en syphilitiques et non syphilitiques.

L'étude des réactions leucocytaires en auto et hétérohémothérapie simples (sans préparation radiologique des sujets), nous parais-

sait logiquement nécessaire après celle que nous venons de présenter (1[re] et 2[e] Notes) des réactions après transmission du sang des sujets irradiés syphilitiques ou non.

Nous expérimentons en hétérohémothérapie, malgré les inconvénients de ce procédé (dangers possibles pour le malade, complication technique et difficultés d'interprétation des résultats), parce qu'il nous semblait intéressant de voir si l'hétérohémothérapie suivait les mêmes lois que l'autohémothérapie.

Dans la présente note, nous avons opéré, en auto et hétérohémothérapie, sur des sujets cliniquement et sérologiquement indemnes de syphilis et non préparés par la radiothérapie.

I. — *Autohémothérapie.*

Expérience 9. — MOR..., 16 ans. Eczéma.
28 janvier 1929 : Reçoit son propre sang.

	Avant		2 h. après		24 h. après		4 j. après		12 j. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		4.805		4.805		4 712		4.836		4.805
Leucocytes . .		27.900		17.050		27.125		9.300		11.625
Polyneutro . .	73,40		69,80		64,80		66,00		60,80	
Mono et lympho	19,00		22,00		29.20		28,60		32,20	
Polyéosino . .	6,80		7,40		4.80		4.40		6,40	
Mastzellen . .	0,80		0,80		1,20		1,00		0,60	

Expérience 10. — FL..., 32 ans. Ulcère de la jambe.
11 juin 1929 : Reçoit son propre sang.

	Avant		2 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers). . .		4.774		4.929		4.867
Leucocytes		10.794		8.738		9.252
Polyneutro	48,20		58,80		53,00	
Mono et lympho. . . .	45,40		33,80		37,40	
Polyéosino	4,20		5,60		7,20	
Mastzellen.	2,20		1,80		2,40	

Expérience 11. — G..., 44 ans. Sujet normal.
30 août 1929 : Reçoit son propre sang.

	Avant		2 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		4.867		4.805
Leucocytes		5.654		2.570
Polyneutro	51,40		44,00	
Mono et lympho . . .	45,00		51,60	
Polyéosino	3,00		2,60	
Mastzellen	0,60		1,80	

Expérience 12. — Gui..., 45 ans. Parakératose psoriasiforme.
21 mai 1929 : Reçoit son propre sang.

	Avant		2 h. après		24 h. après		4 j. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . .		3.420		2.470		4.480		4.480
Leucocytes		17.000		11.250		9.150		7.200
Polyneutro	46,10		47,50		41,60		55,40	
Mono et lympho . . .	44,20		37,50		40,50		32,30	
Polyéosino	9,20		13,00		15,20		11,40	
Mastzellen	0,50		2,00		2,70		0,90	

Expérience 13. — Lev..., 21 ans. Psoriasis généralisé.
23 avril 1929 : Reçoit son propre sang.

	Avant		2 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		5.520		5.110		5.300
Leucocytes		13.100		9.400		11.100
Polyneutro	70,80		71,30		73,30	
Mono et lympho. . . .	28,20		24,70		24,70	
Polyéosino	0,70		3,00		1,00	
Mastzellen.	0,30		1,00		1,00	

Expérience 14. — Le G...
30 octobre 1929 : Reçoit son propre sang.

	Avant		2 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		4.495		4.495
Leucocytes		4.112		2.056

L'injection de sang a déterminé, 2 heures après, une leucopénie très considérable.

II. — *Hétérohémothérapie.*

Expérience 15. — Donneur : Mor... (Exp. 9).
Récepteur : Scl... Louise, 18 ans. Uréthrite blennorragique.
28 janvier 1929 : Reçoit le sang de Mor...

	Avant		2 h. après		24 h. après		4 j. après		12 j. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers)		4.557		4.650		4.712		4.826		4.557
Leucocytes . .		10.075		8.525		11.625		9.300		7.750
Polyneutro . .	77,80		69,80		60,00		65,80		72,00	
Mono et lympho.	19,00		25,40		32,60		29,00		23,00	
Polyéosino . .	2,40		4,80		7,00		4,60		3,80	
Mastzellen . .	0,80		0		0,40		0,60		0,60	

Expérience 16. — Donneur : Fl... (Exp. 10 : autohémothérapie). Ulcère de la jambe droite.
Récepteur : Pe....
11 juin 1929 : Reçoit le sang de Fl...

	Avant		2 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		4.805		4.898		4.836
Leucocytes		7.710		4.626		8.738
Polyneutro	64,20		53,00		63,80	
Mono et lympho. . . .	28,80		39,20		29,40	
Polyéosino	6,00		7,00		6,00	
Mastzellen.	1,00		0,80		0,80	

L'injection de sang a déterminé, 2 heures après, de la leucopénie dans le sang du récepteur.

Conclusions.

Chez les sujets non syphilitiques et non préparés par la radiothérapie, la transmission du sang en auto ou hétérothérapie a déterminé un choc manifesté par une réaction leucocytaire précoce (après 2 heures) et constante (toujours en leucopénie). C'est, semble-t-il, la réaction leucocytaire naturelle du sang à la transmission entre sujets non syphilitiques (type choc colloïdoclasique).

Il nous paraît que l'autothérapie détermine une réaction numériquement plus considérable que l'hétérothérapie.

Rappelons qu'après irradiation (1re note), chez les non syphilitiques, le sang injecté reproduisait les chocs radiothérapiques reçus par le donneur, de sens variable suivant le mode d'irradiation (tantôt leucopénie, tantôt hyperleucocytose).

IV

RÉACTIONS LEUCOCYTAIRES PRÉCOCES EN AUTOHÉMOTHÉRAPIE ET EN HÉTÉROHÉMOTHÉRAPIE CHEZ LES SYPHILITIQUES

Ce qui nous a poussés à étudier séparément les réactions des syphilitiques et non syphilitiques à l'injection du sang (auto et hétérohémothérapie), c'est que ces réactions s'étaient montrées différentes pour les syphilitiques et les non syphilitiques dans les transmissions après radiothérapie (1re et 2e Notes). (Le spécifique avait une réaction personnelle, toujours en hyperleucocytose).

Nous pensions que, si les réactions des syphilitiques étaient, ici encore (transmission de sang sans préparation radiothérapique) spéciales, les recherches que nous présentons auraient plus qu'une portée expérimentale, puisqu'elles conduiraient à des applications pratiques d'ordre diagnostique et thérapeutique.

Dans le présent travail, nous étudions donc, chez les syphilitiques, la transmission du sang non préparé par la radiothérapie.

I. — *Autohémothérapie.*

Expérience 17. — Sal..., 18 ans. Chancre du sillon à tréponèmes. B.W. (————); Meinicke légèrement positif.
30 avril 1929 : Reçoit son propre sang.

	Avant		2 h. après		24 h. après	
	0/0	Ch. abs.	0/0	Ch. abs.	0/0	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		4.900		4.860		4.320
Leucocytes		9.200		10.200		7.900
Polyneutro	63,70		67,50		59,50	
Mono et lympho. . . .	31,20		29,20		35,00	
Polyéosino	3,80		2,20		4,50	
Mastzellen.	1,30		1,10		1,00	

Expérience 18. — Ur..., 33 ans. Syphilis ancienne (chancre en 1918) non soignée. Troubles intellectuels. B.W. (++++).
3 juillet 1929 : Reçoit son propre sang.

	Avant		2 h. après		24 h. après		6 j. après	
	0/0	Ch. abs.	0/0	Ch. abs.	0/0	Ch. abs.	0/0	Ch. abs.
Hématies (milliers) . .		4 681		4.712		4 743		4.743
Leucocytes		9.252		11.822		9.766		9.252
Polyneutro	76,80		72,80		73,00		67,20	
Mono et lympho . . .	20,80		24,40		24,00		28,00	
Polyéosino	2,20		2,40		2,80		4,20	
Mastzellen	0,20		0,20		0,20		0,60	

Expérience 19. — Issa..., 22 ans. Douleurs (ostéocopes) dans les jambes. B.W. (————). Meinicke légèrement positif.
18 juin 1929 : Reçoit son propre sang.
Leucocytes : Avant : 9.250 — 2 h. après : 10.500 — 24 h. après : 6.600.

Expérience 20. — Ple... Marie, 25 ans. Syphilides tertiaires malignes précoces.
28 octobre 1929 : Reçoit son propre sang.

	Avant	2 h. après
Hématies (milliers). . . .	4.433	4.495
Leucocytes	5.654	8.738

L'injection de sang a déterminé, 2 heures après, de l'hyperleucocytose.

II. — *Hétérohémothérapie.*

Expérience 21. — Donneur : Gui... Non syphilitique.
Récepteur : Gas... Syphilis secondaire : (début 6 mois). Roséole et plaques muqueuses buccales. Tréponèmes constatés B.W. (++++).
5 juin 1929 : Reçoit le sang de Gui... non syphilitique.

	Avant		1 h. 1/2 après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers)		5.080		5.240		5.260
Leucocytes		10.260		10.760		7.600
Polyneutro	64,60		68,90		60,20	
Mono et lympho	31,90		28,00		29,90	
Polyéosino	2,70		2,90		9,30	
Mastzellen	0,80		0,20		0,60	

Expérience 22. — Donneur : N... Non syphilitique.
Récepteur : Ur..., 33 ans. Syphilis ancienne, non soignée. Troubles intellectuels. B.W. (++++).
9 juillet 1929 : Reçoit le sang de N... non syphilitique.

	Avant		2 h. après		24 h. après		6 j. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers)		4.743		4.867		4.650		4.805
Leucocytes		9.252		10.794		9.252		6.682
Polyneutro	67,20		74,80		70,80		65,60	
Mono et lympho	28,00		21,20		24,60		29,20	
Polyéosino	4,20		3,40		4,20		4,80	
Mastzellen	0,60		0,60		0,40		0,40	

Expérience 23. — Donneur : P... Non syphilitique.
Récepteur : Gon... Syphilis primaire. Chancre datant de 3 semaines non traité. B.W. et Meinicke positifs.
25 octobre 1929 : Reçoit le sang de P... non syphilitique.

	Avant	2 h. après	24 h. après
Hématies (milliers)	5.530	5.530	5.420
Leucocytes	6.800	8.750	6.500

Expérience 24. — Donneur : P... (le même qu'à l'expérience précédente). Non syphilitique.

Récepteur : H... Syphilis secondaire. Polyadénopathie et plaques muqueuses buccales. Jamais traité (début 1 an). B.W. (++++).

25 octobre 1929 : Reçoit le sang de P..., non syphilitique.

	Avant	2 h. après	24 h. après
	—	—	—
Hématies (milliers) . . .	5.030	5.660	5.120
Leucocytes	8.300	9.100	9.400

Expérience 25. — Donneur : Pr... Non syphilitique. Sycosis de la barbe.

Hématies (milliers) . . .	4.836
Leucocytes	13.878

Récepteur : Mor... Syphilis primaire. Chancre (tréponèmes constatés). B.W. (++++).

25 octobre 1929 : Reçoit le sang de P... non syphilitique (sycosis) en *injection sous-cutanée*.

	Avant	2 h. après
	—	—
Hématies (milliers). . . .	4.557	4.588
Leucocytes	7.196	6.168

Expérience 26. — Donneur : Sa... Syphilis primaire : Chancre du sillon (Tréponèmes constatés). B.W. négatif. Meinicke positif.

Récepteur : Ver..., 21 ans. Syphilis primaire : Chancre du sillon (Tréponèmes constatés). B.W. négatif. Meinicke positif.

4 mai 1929 : Reçoit le sang de Sa... Syphilis primaire.

	Avant		2 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers). . .		4.280		4.830		4.280
Leucocytes		7.830		9.200		5.550
Polyneutro	71,90		73,30		58,40	
Mono et lympho. . . .	25,00		23,70		39,30	
Polyéosino	3,10		1,80		1,70	
Mastzellen.	0		1,20		0,60	

L'injection de sang syphilitique ou non a déterminé, 2 heures après, chez le syphilitique une hyperleucocytose moins considérable qu'en autothérapie.

L'expérience 25 a donné de la leucopénie : l'injection avait été faite sous-cutanée. Ceci montre les complexités réactionnelles en hétérohémothérapie. Ce sont elles qui, outre les dangers de cette technique, nous la font rejeter comme méthode de diagnostic.

Conclusions.

Des faits qui précèdent, on peut conclure que : le syphilitique réagit de façon spéciale (inverse du sujet non syphilitique) en hyperleucocytose, à l'injection soit de son propre sang, soit d'un autre sang syphilitique, soit d'un autre sang non syphilitique. Il nous a semblé que l'autothérapie a donné des chiffres réactionnels plus élevés que l'hétérohémothérapie.

Le sang, quel qu'il soit, est donc un agent de réaction leucocytogène chez le syphilitique et pourrait, de ce fait, constituer une « *leucocyto-réaction* de la syphilis ».

D'autres agents sont-ils susceptibles de produire le même phénomène ? C'est l'objet des deux notes suivantes.

V

RÉACTIONS LEUCOCYTAIRES PRÉCOCES A L'INJECTION DE CERTAINS MÉDICAMENTS ANTISYPHILITIQUES CHEZ LES SUJETS NON SYPHILITIQUES

Avant d'étudier la réaction du sujet syphilitique, il nous faut élucider celles du sujet non syphilitique aux mêmes médicaments.

Voici nos expériences faites dans les mêmes conditions que celles des injections de sang (Notes III et IV).

I. — *914.*

Expérience 27. — Tran..., 26 ans. Psoriasis. B.W. et Meinicke négatifs.

4 février 1929 : Reçoit 914 : 0,15.

	Avant		1 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		5.000		4.320		3.760
Leucocytes		9.100		5.400		8.300
Polyneutro	67,00		62,00		73,00	
Mono et lympho . . .	26,00		28,00		19,00	
Polyéosino	3,00		8,00		8,00	
Mastzellen.	2,00		1,00		0	

Expérience 28. — Pero... Eczéma du scrotum B.W. (———) I. .
29 mai 1929 : Reçoit 914 : 0,30.

	Avant		2 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		4.805		4.898		4.867
Leucocytes		12.850		10.280		8.224
Polyneutro	68,20		59,40		59,80	
Mono et lympho. . . .	29,40		38,40		37,90	
Polyéosino	2,00		1,60		2,00	
Mastzellen.	0,40		0,60		0,40	

Expérience 29. — Rhe... Psoriasis. B.W. et Meinicke négatifs.
7 février 1929 : Reçoit 914 : 0,30.

	Avant		1/2 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers). . .		5.780		6.020		4.970
Leucocytes		10.200		9.200		11.900
Polyneutro	63,80		73,70		76,80	
Mono et lympho. . . .	35,20		23,90		21,60	
Polyéosino	0,50		2,30		1,60	
Mastzellen.	0,50		0,10		0	

Expérience 30. — Gui...; 45 ans. Parakératose psoriasiforme. B.W. et Meinicke négatifs.
25 mai 1929 : Reçoit 914 : 0,15.

	Avant		2 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		4.480		4.500		4.360
Leucocytes		7.200		6.330		4.700
Polyneutro	55,40		49,30		50,20	
Mono et lympho. . . .	32,30		42,70		46,80	
Polyéosino	11,40		6,40		3,00	
Mastzellen.	0,90		1,60		0	

Expérience 31. — Gou..., 29 ans. Parakératose psoriasiforme du thorax. B.W. (———) index 3.

23 mai 1929 : Reçoit 914 : 0,15.

	Avant		3/4 d'heure		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch abs.	o o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		4.743		4.774		4.712
Leucocytes		9.252		8.738		8.224
Polyneutro	66,00		57,20		58,60	
Mono et lympho	26,00		37,80		30,80	
Polyéosino	4,60		4,00		9,80	
Mastzellen.	2,60		1,00		0,80	

Expérience 32. — Le Pou... Uréthrite blennorrhagique. B.W. (———) index 1.

29 mai 1929 : Reçoit 914 : 0,30.

	Avant		2 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . .		4.836		4.867
Leucocytes		6.682		6.168
Polyneutro	57,80		59,90	
Mono et lympho	37,00		34,40	
Polyéosino	5,00		4,50	
Mastzellen	0,20		1,20	

Expérience 33. — Fl..., 23 ans. Stomatite ulcéreuse (Vincent).

3 juillet 1929 : Reçoit 914 : 0,15.

	Avant		2 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		6.140		4.120		5.940
Leucocytes		14.250		8.330		14.200
Polyneutro	79,50		77,00		63,20	
Mono et lympho	18,20		20,30		29,60	
Polyéosino	1,30		1,60		5,60	
Mastzellen	1		1,10		1,60	

Expérience 34. — Ab..., 25 ans. Paludisme. B.W. et Meinicke négatifs.
3 juillet 1929 : Reçoit 914 : 0,15.

	Avant		2 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		5.960		4.570		4.700
Leucocytes		14.500		11.100		10.900
Polyneutro	55,90		49,50		65,00	
Mono et lympho	36,00		45,20		25,80	
Polyéosino	5,80		3,20		8,70	
Mastzellen	2,30		2,10		0,50	

II — *Bi.*

Expérience 35. — Tre..., 32 ans. Non syphilitique. Lupus érythémateux. B.W. et Meinicke négatifs.
13 juin 1929 : Reçoit muthanol.

	Avant		2 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		4.175		4.280		5.290
Leucocytes		10.100		9.200		6 100
Polyneutro	55,70		71,69		50,90	
Mono et lympho	37,40		24,10		41,10	
Polyéosino	5,70		3,00		6,20	
Mastzellen	1,20		1,30		1,80	

Conclusions.

L'injection de 914 ou de bismuth a provoqué, 2 heures après, chez le sujet non syphilitique, une chute leucocytaire qui peut être très importante. Elle n'a jamais donné lieu à une hyperleucocytose ni même à des chiffres stationnaires.

VI

RÉACTIONS LEUCOCYTAIRES PRÉCOCES A L'INJECTION DE CERTAINS MÉDICAMENTS ANTISYPHILITIQUES CHEZ LES SUJETS SYPHILITIQUES

La note précédente vient de montrer que le sujet exempt de syphilis réagissait toujours en leucopénie à l'injection de certains médicaments antispécifiques (comme du reste à l'injection de sang). Il est intéressant de rechercher la même réaction chez le syphilitique, qui répond de façon particulière (notes précédentes) à l'injection du sang de sujets irradiés ou non.

Nous donnons ici nos expériences.

I. — *914*.

Expérience 36. — KER... Marie, 21 ans. Syphilis primaire. Chancre en feuillets de livre du capuchon du clitoris. B.W. (++++) index 3. Non traitée.

24 mai 1929 : Reçoit 914 : 0,30.

	Avant		1 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		4.495		4.371		4.464
Leucocytes		9.252		10.794		7.710
Polyneutro	73,00		70,00		83,20	
Mono et lympho. . . .	25,00		28,00		15,00	
Polyéosino	1,80		1,60		1,00	
Mastzellen	0,20		0,40		0,80	

Expérience 37. — Bou..., 22 ans. Syphilis primaire. Chancre du fourreau (Tréponèmes constatés). B.W. (— — — —). Meinicke négatif. Non traité.

13 janvier 1929 : Reçoit 914 : 0,15.

	Avant		1 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		5.280		4.770		3 280
Leucocytes		7.200		12.300		4.600
Polyneutro	72,60		81,60		79,50	
Mono et lympho. . . .	23,40		17,00		18,50	
Polyéosino	3,20		1,30		1,50	
Mastzellen.	0,80		0,10		0,50	

Expérience 38. — Mar..., 20 ans. Syphilis primaire. Chancre (Tréponèmes constatés). B.W. (— — — +). Meinicke négatif. Non traité.

25 mai 1929 : Reçoit 914 : 0,15.

	Avant		1 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		5.040		5.960		6.260
Leucocytes		7.600		9.230		10.300
Polyneutro	65,10		62,40		66,20	
Mono et lympho. . . .	32,80		32,20		30,40	
Polyéosino	1,50		4,60		2,20	
Mastzellen.	0,60		0,80		1,20	

Expérience 39. — Le Tro..., 31 ans. Syphilis primaire. Chancre. (Tréponèmes constatés). B.W. et Meinicke négatifs. Non traité.

24 novembre 1928 : Reçoit 914 : 0,15.

	Avant		1 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		6.120		5 670		3.700
Leucocytes		7 900		12.200		6.300
Polyneutro	72,00		75,80		69,80	
Mono et lympho. . . .	25,40		22,90		26,90	
Polyéosino	2,40		0,90		2,50	
Mastzellen.	0,20		0,40		0,80	

Expérience 40. — GAIT..., 19 ans. Syphilis primaire : Chancre datant de 16 jours. Tréponèmes constatés. Non traité. B.W. et Meinicke négatifs.
15 octobre 1929 : Reçoit 914 : 0,15.

	Avant		1 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		5.400		5.940		4.470
Leucocytes		9.060		11.900		10.300

Expérience 41. — GAL..., 20 ans. Syphilis primaire : Chancre datant de 3 semaines. Tréponèmes constatés. Non traité (— — — +). Meinicke +.

	Avant		1 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		6.260		6.220		4.960
Leucocytes		12.000		15.000		10.150

Expérience 42. — POL..., 20 ans. Syphilis primaire (Tréponèmes constatés dans les ganglions). B.W. (+ + + +). Meinicke +. Non traité.
7 février 1929 : Reçoit 914 : 0,15.

	Avant		1/2 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		5.130		4.800		5.520
Leucocytes		5.900		6.200		5.360
Polyneutro	61,30		64,00		70,00	
Mono et lympho. . . .	31,70		33,70		28,50	
Polyéosino	6,30		2,00		0,90	
Mastzellen.	0,70		0,30		0,60	

Expérience 43. — PE... Syphilis secondaire. Récidivante (En 7 ans 2 chancres à tréponèmes). B.W. (+ + — —). Meinicke +.
10 avril 1929 : Reçoit 914 : 0,90 en fin de série.

	Avant		2 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		5.060		5.080		4.260
Leucocytes		8.700		9.066		6.100
Polyneutro	48,20		56,50		55,90	
Mono et lympho. . . .	49,90		39,80		41,00	
Polyéosino	1,90		3,70		3,10	
Mastzellen.	0		0		0	

Expérience 44. — Ur... Syphilis ancienne. Non soignée. Troubles intellectuels. B.W. (++++).

17 juillet 1929 : Reçoit 914 : 0,30.

	Avant		2 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers). .		4.805		4.743		4.774
Leucocytes		6.682		11.308		8.224
Polyneutro	65,60		68,20		65,80	
Mono et lympho . . .	29,20		27,80		28,60	
Polyéosino	4,80		3,80		5,40	
Mastzellen.	0,40		0,20		0,20	

Expérience 45. — Mi... Syphilis tertiaire. Non traitée. Gomme parotidienne. B.W. (+++—).

31 mars 1929 : Reçoit 914 : 0,15.

	Avant		2 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		3.900		3.740		4.090
Leucocytes		11.700		15.300		16.700
Polyneutro	56,70		65,80		70,80	
Mono et lympho. . . .	38,70		30,90		25,80	
Polyéosino	4,40		3,30		2,60	
Mastzellen.	0,30		0		0,80	

Expérience 46. — Pa..., 50 ans. Syphilis ancienne (1918). Bien traitée pendant 5 ans. B.W. et Meinicke négatifs. Ulcère variqueux diabétique.
10 mai 1929 : Reçoit 914 : 0,15.

	Avant		1 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		4.080		4.200
Leucocytes		7.300		5.830
Polyneutro	61,80		68,50	
Mono et lympho	35,00		27,70	
Polyéosino	3,10		3,80	
Mastzellen	0,10		0	

II. — **Bismuth.**

Expérience 47. — Ple... Marie, 25 ans. Syphilides tertiaires malignes précoces. B.W. (++++) 2 et 3.
31 mai 1923 : Reçoit Quinby : 0 gr. 08.

	Avant		2 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		4.774		4.681
Leucocytes		7.196		8 738
Polyneutro	61,60		63,20	
Mono et lympho	33,20		32,80	
Polyéosino	4,20		3,60	
Mastzellen	1,00		0,40	

Expérience 48. — Si..., 47 ans. Ulcère variqueux. Syphilis *probable*. B.W. négatif. Meinicke positif.
22 mai 1929 : Reçoit muthanol : 0,15.

	Avant		1 h. 1/2 après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers) . . .		4.780		5.100
Leucocytes		7.460		11.400
Polyneutro	55,30		66,20	
Mono et lympho	40,60		29,70	
Polyéo ino	3,50		3,90	
Mastzellen	0,60		0,20	

III. — *Mercure.*

Expérience 49. — Du..., 22 ans. Syphilis primaire : Chancre (Tréponèmes constatés). B.W. et Meinicke faiblement positifs.

12 août 1929 : Reçoit cyanure de mercure : 0 gr. 01.

	Avant		1 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers). . .		5.050		5.080		4 820
Leucocytes		11.460		16.500		12.150
Polyneutro	60,80		69,00		48,20	
Mono et lympho. . . .	32,60		28,00		40,20	
Polyéosino	5,00		3,00		10,40	
Mastzellen.	1,60		0,00		1,20	

Expérience 50. — Max..., 49 ans. Syphilis du névraxe. L. C.-R. : 103 lympho; Benjoin (++++); B.W. (++++); Albumine : 0,35; Sang : B.W. (—+++), Meinicke +.

10 juin 1929 : Reçoit cyanure de mercure : 0 gr. 01.

	Avant		1 h. après		24 h. après	
	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.	o/o	Ch. abs.
Hématies (milliers). . .		4.560		4.040		4.160
Leucocytes		16.060		10.520		18.300
Polyneutro	65,40		72,20		64,70	
Mono et lympho . . .	32,60		25,40		24.50	
Polyéosino	2,00		1,60		8,10	
Mastzellen.	0		0,80		2,70	

Remarquons qu'ici la plupart des numérations ont été faites *une heure* seulement après l'injection. Nous supposions que, l'injection étant intraveineuse, la réaction pourrait se montrer plus précoce. En effet, les numérations ont été nettement positives après 1 heure ; une seule (exp. 42), faite après 1/2 heure, n'a donné qu'une réaction ébauchée, ce délai étant probablement insuffisant. L'optimum pour la numération paraît ici situé entre 1 heure et 2 heures.

Conclusions de la VI[e] note.

1) L'injection de 914, de bismuth ou de cyanure de mercure a provoqué chez le syphilitique une hyperleucocytose *très précoce* et constante. Elle semble plus intense qu'avec l'injection de sang.

2) La *réaction doit être recherchée sur le malade vierge de tout traitement ou non traité depuis un certain temps.* En effet, des numérations faites après chaque injection d'une série de 914, nous ont montré que les phénomènes réactionnels deviennent irréguliers et parfois paradoxaux. A titre de document, nous donnons ici une de nos expériences (n° 43) où, sur une injection de 0,90, à la fin d'une série, le malade semble avoir épuisé sa faculté de réaction. Seule a donc une valeur la réaction après la première injection.

3) Un syphilitique considéré comme guéri, cliniquement et sérologiquement (exp. 46) a présenté, non pas l'hyperleucocytose caractéristique chez les syphilitiques, mais une leucopénie, comme les sujets sains. Ce fait indique-t-il la guérison ou l'anallergie de cette syphilis ?

4) De même une syphilis du névraxe (exp. 50), à la suite d'une injection de cyanure, a présenté une forte chute leucocytaire, comme les sujets non syphilitiques. Cette absence de réaction spécifique est-elle due au choix défectueux du remède, insuffisamment leucocytogène dans l'espèce, marque-t-elle une anallergie de la syphilis ou l'asynergie réactionnelle entre le sang et le liquide céphalo-rachidien ?

Conclusions générales.

De l'ensemble de notre travail (notes I à VI), on peut conclure que nous avons rencontré, chez les syphilitiques, une *réaction constante*, toujours en hyperleucocytose précoce, à l'injection du sang d'un sujet irradié, d'un sang quelconque ou de son propre sang, et enfin de médicaments antisyphilitiques.

Nature. — Cette réaction est basée sur les variations des éléments figurés du sang et non plus sur les variations de certaines propriétés sérologiques. Elle est constatée par numération. Nous l'appelons *leucocyto-réaction*.

Nous ne savons si le choc sanguin qu'elle manifeste marque une réaction de défense ou de réactivation.

Spécificité. — Dans nos expériences, les syphilitiques se sont séparés de tous les autres sujets par une réaction en hyperleucocytose précoce, que ce soit dans les transmissions de sang après radiothérapie, dans l'auto ou l'hétérohémothérapie simples ou dans les injections de médicaments antispécifiques.

Cette réaction, nous ne l'avons pas retrouvée chez les sujets exempts de syphilis. Nous l'avons recherchée chez des sujets sains, chez des sujets atteints de dermatoses diverses, même de tuberculides généralisées ou d'adénite bacillaire, trois fois chez des sujets à infection tuberculeuse généralisée avec bacilles. Nous n'avons pu l'expérimenter chez les cancéreux, lépreux, etc.

Sous cette réserve, et jusqu'à vérifications — en ne tenant compte que de nos expériences, qui ne peuvent prétendre à constituer une statistique —, nous admettons que cette réaction est spéciale aux syphilitiques et constitue la *leucocyto-réaction de la syphilis.*

Technique. — Parmi les méthodes leucocytogènes que nous avons étudiées (il peut en exister d'autres), la transmission du sang après radiothérapie et l'hétérohémothérapie simple sont à rejeter dans la pratique.

Nous n'en retenons donc que deux modes : l'autohémothérapie et l'injection de médicaments antisyphilitiques, parce que plus pratiques et, semble-t-il, plus actifs. De ces deux réactifs, l'un biologique et l'autre clinique (*sang du malade* ou *médicament antispécifique*) lequel doit-on préférer ? Seule l'expérience l'apprendra.

Applications. — Au point de vue pratique, cette leucocyto-réaction semble devoir compléter les séro-réactions dans les cas où celles-ci sont négatives. Au cours de nos expériences, en effet, nous avons toujours trouvé la leucocyto-réaction positive quand les réactions sérologiques l'étaient, et, presque toujours, lorqu'elles étaient muettes, dans des syphilis avérées, récentes, latentes ou très anciennes.

LE PROBLÈME DE L'IRRÉDUCTIBILITÉ DE LA RÉACTION DE WASSERMANN

Par E. SCHULMANN et Georges LÉVY

Nulle méthode d'investigation n'a connu dans le monde médical le succès de la réaction de Wassermann. Son apparition laissait prévoir une base scientifique indiscutable, capable d'apporter clarté dans l'appréciation de l'évolution de la vérole et certitude dans la direction de son traitement. Après un engouement sans limites, les critiques se sont élevées peu à peu et plusieurs articles ont signalé les méfaits de la réaction. A la vérité, il faut bien admettre que les vérifications biologiques les plus précieuses ont des défaillances, qui souvent ne s'expliquent pas. Bien que les progrès d'investigation nous permettent de pénétrer chaque jour davantage la complexité des phénomènes biologiques, il serait vain d'espérer obtenir en médecine la vérité mathématique : c'est en voulant considérer la réaction de Wassermann à la mode d'un oracle que le plus grand tort lui est fait. Le parallélisme entre la sérologie et la clinique est poussé par exemple trop loin lorsqu'il aboutit à la syphilimétrie, l'excès de précision a conduit Vernes à sa loi des trois huit, dont on ne compte plus les désastres.

Dans un mémoire récent deux éminents syphiligraphes le Professeur Nicolas et Gaté (1) posent une fois de plus la question de savoir si la sérologie a transformé le problème du diagnostic et du traitement de la syphilis. A ce propos les auteurs discutent les cas où la réaction de Wassermann demeure irréductible, « c'est-à-dire de ces syphilis cliniquement quiescentes, sinon éteintes, qui résistent sérologiquement aux traitements les plus rapprochés, les plus

(1) Nicolas (J.) et Gaté (J.). La sérologie a-t-elle transformé le problème du diagnostic et du traitement de la syphilis. *Le Monde médical*, 1er sept. 1929, p. 841.

énergiques, les plus variés. Doit-on, l'œil fixé sur la courbe sérologique, traiter ces malades indéfiniment »? Ils ne le pensent pas.

Nos recherches personnelles nous orientent vers une conception différente de celle des auteurs lyonnais, c'est pourquoi nous voulons reprendre ici la discussion de ce sujet que nous avons déjà abordé à deux reprises (1).

Qu'appelle-t-on réaction de Wassermann irréductible?

C'est là une définition qu'il importe avant tout de préciser, car elle restreint aussitôt le cadre clinique. Il s'agit d'une réaction sérologique qui demeure positive, malgré un traitement intensif par les divers médicaments à leurs doses maxima, pendant au moins deux années, en l'absence de tout accident cutané ou muqueux, de toute manifestation viscérale appréciable et en particulier de tout symptôme neurologique, la ponction lombaire ayant prouvé le caractère absolument normal du liquide céphalo-rachidien.

Cette interprétation élimine les malades :

1° Porteurs de lésions en activité où la réaction représente le processus encore actif.

2° Soignés insuffisamment soit par faiblesse des doses médicamenteuses prescrites, soit par éloignement exagéré des jours d'injection.

3° Résistants à un sel plus spécialement utilisé : arséno-résistance, hydrargyro-résistance, bismutho-résistance.

4° Suivis un temps insuffisant, inférieur à deux années.

Depuis neuf ans dans le service du Professeur Jeanselme, dont nous fûmes les collaborateurs, puis chez notre maître et ami Sézary, ainsi que dans notre pratique privée nous avons suivi 15 malades porteurs de réactions de Wassermann irréductibles, nous en avons rapporté en détail les observations à la séance inaugurale de la filiale lyonnaise de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, nous y renvoyons le lecteur. Depuis nous avons recueilli 8 nouveaux cas.

(1) Schulmann (E.) et Georges Lévy. Réaction de Wassermann irréductible chez deux sœurs hérédo-syphilitiques, in *Bull. Soc. fr. de Dermat. et Syphil.*, 8 nov. 1928, p. 836. — Recherches sur l'irréductibilité de la réaction de Wassermann. *Réun. dermat. de Lyon, in Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 27 janv. 1929, p. 198.

Les observations répondant parfaitement à notre définition sont assez rares dans la littérature. Sous le vocable de réaction de Wassermann irréductible beaucoup d'auteurs ont rapporté des faits où il n'est pas tenu compte de lésions viscérales, d'aortites par exemple et surtout de lésions du système nerveux. Les deux cas publiés par Galliot (1) concernent deux malades dont la ponction lombaire n'avait pas été faite et qui semblent bien avoir leur névraxe touché, il en est de même pour une observation du Professeur Gougerot et de Thiroloix (2). Il s'agit chez des malades de ce genre de toute évidence d'une réaction sérologique positive témoin d'une syphilis évolutive.

La réaction de Wassermann oscillante.

La réaction de Wassermann peut varier entre les réponses négatives et positives, sans qu'un traitement intensif puisse la fixer : c'est ce qu'on nomme une réaction oscillante. Le phénomène a été signalé il y a longtemps, notamment en 1914 par Nicolas et Charbet. Il semble fréquent au cours de la syphilis secondaire si l'on en croit Jeanselme et Marcel Bloch qui tiennent sa constatation pour banale. Dans une série d'articles, parus en 1926 dans les *Annales des maladies vénériennes*, Gougerot et Peyre ont cherché à élucider le sens de ces variations sérologiques, leur opinion est résumée dans la thèse récente de Ogliastri (3). Selon ces auteurs les changements de la réaction sont complètement indépendants des manifestations cliniques observées et de la thérapeutique mis en œuvre. Au point de vue sérologique il serait possible d'observer trois modalités différentes :

a) tantôt il s'agit de réactions obstinément et fortement positives malgré des cures répétées et variées qui, sans aucune raison plausible, redeviennent pour quelques jours négatives ;

(1) Galliot. Des syphilis à réaction de B. W. irréductibles. Comment les traiter. *Bull. Soc. fr. de Der. et Syph.*, 14 mars 1929, p. 277.

(2) Gougerot et Thiroloix. Traitement de Wassermann irréductible par la pyrétothérapie aseptique et la malariathérapie. *La Médecine*, nov. 1928, p. 1105.

(3) Ogliastri (L.). Contribution à l'étude du Wassermann oscillant. Thèse Paris, 1929.

b) tantôt ce sont au contraire des malades longuement, intensivement traités, qui ayant habituellement un Wassermann négatif, voient soudain survenir, sans raison connue, une réaction positive ;

c) tantôt ce sont des oscillations plus lentes, constituées par des alternances de phases de réactions positives et négatives durant chacune plusieurs mois, mais sans cause thérapeutique ni clinique appréciable.

Les mêmes auteurs jugent ces variations paradoxales, dont la pathogénie leur apparaît obscure, habituellement sans gravité.

Sézary, Pernet et Gallerand (1) ont étudié les mêmes alternances sérologiques au cours de la syphilis tardive. Dans leur consultation très fréquentée de la Charité ils ont recueilli 41 observations et d'après leur calcul dans 4 o/o des cas suivis la réaction devenue négative après la période secondaire affecte à une époque ultérieure des poussées positives soit isolées, soit passagères, soit multiples et intermittentes, dont la durée est très variable selon les cas. Les oscillations intermittentes s'observent plus volontiers chez des malades atteints d'une lésion viscérale en évolution (16 cas sur 41) et il semble aux auteurs qu'au lieu de les rattacher à l'action de substances étrangères au processus spécifique, comme l'ont écrit Mörch et Hess Thaysen, il est beaucoup plus vraisemblable de faire jouer ici le premier rôle au tréponème. Le plus grand nombre des malades suivis par Sézary et ses élèves ont vu leur réaction de Wassermann se négativer complètement à la suite d'une thérapeutique intensive et persévérante, sauf deux chez lesquels la réaction devint irréductible : il s'agirait alors d'une localisation inexpugnable du parasite dans un tissu comme le parenchyme nerveux où il serait à l'abri des médications spirillicides.

Ainsi envisagée la réaction de Wassermann oscillante, traductrice d'une syphilis qui résiste, apparaît comme une forme souvent prémonitoire de l'irréductibilité. Voici une observation confiée par notre ami le Docteur Dubois, qui illustre très exactement notre opinion :

« Bel. Jean, 32 ans, chancre du sillon balano-préputial en août 1922, ultra positif, vient consulter son médecin au bout d'un mois avec une

(1) Sézary (I.), Pernet et Gallerand. Les poussées temporaires de la réaction de Bordet-Wassermann dans la syphilis tardive. *La Presse médicale*, 2 juillet 1927, p. 833.

réaction de Wassermann positive (Ho-Ho). Il reçoit 2 séries de novarsénobenzol de 6 grammes puis 12 injections de curalues, la réaction devient négative (H8-H8). Deux mois plus tard la réaction redevient positive. Pendant 3 ans, de 1923 à 1925 la réponse sérologique devient plus ou moins favorable après chaque série, pour redevenir positive après quelques semaines d'arrêt. Consulté en 1927, l'un de nous conseille de reprendre le néosalvarsan à dose massive : on injecte 4 fois la dose de 1 gr. 05, puis l'on fait du calomel sans faire fléchir sensiblement la réaction qui au bout de 6 ans demeure positive malgré tous les efforts thérapeutiques. Cette véritable irréductibilité n'a pas non plus été modifiée par l'autohémothérapie et la médication soufrée. Deux fois nous avons ponctionné le canal rachidien ; le liquide s'est toujours montré normal ; il a été impossible de mettre en évidence aucune lésion viscérale. »

Cette observation est, à notre avis, fort éloquente pour montrer les liens étroits qui unissent les réactions irréductibles et oscillantes, ces dernières constituant une forme partielle et parfois prémonitoire de l'irréductibilité complète.

Pathogénie.

Il est toujours facile de se livrer au jeu des suppositions pour expliquer la résistance de la réaction de Wassermann, mais nous ne pouvons rester encore que sur le terrain fragile de l'hypothèse.

L'irréductibilité peut tenir :

1° *au parasite :*

Il peut exister plusieurs espèces de tréponèmes, comme il existe différents méningocoques et différents bacilles typhiques, cependant les irréductibilités familiales ou conjugales, bien que nous en ayons signalé un cas, sont rarissimes. Rencontre-t-on des formes parasitaires particulièrement résistantes, auxquelles Levaditi a donné récemment une image morphologique, qui peut-être peuvent s'enkyster en des endroits inaccessibles à l'action thérapeutique.

2° *à la lésion :*

Les spirochètes peuvent coloniser en des points de l'organisme où ils vont s'organiser de telle façon que le traitement n'aura plus de prise sur eux. Nous avons l'exemple acquis, sans parler de la paralysie générale, du tabès où certains cas, bien que très améliorés par le traitement, conservent, malgré tous les efforts thérapeutiques, une réaction liquidienne positive. La même interprétation

peut être donnée pour des viscères à structure dense tels les ganglions ou la rate et surtout pour les glandes endocrines où l'organisation fibro-conjonctive se crée très rapidement, étant donné les dispositions circulatoires existantes, et où les parasites peuvent se mettre facilement à l'abri du courant sanguin, vecteur médicamenteux. Le foie peut aussi être incriminé à un titre voisin : Milian a jadis insisté sur le faible calibre de l'artère hépatique, qui fait que sur une glande aussi pesante la thérapeutique intraveineuse ou intramusculaire est peu agissante.

3° *à l'état humoral :*

Une modification physico-chimique du sérum persisterait et maintiendrait la réaction de Wassermann positive. Pour Marhall et Shera cette dernière serait due à des substances biologiques du sang continuant à se produire longtemps après la mort des spirochètes, qui étaient à l'origine la cause de leur formation, de même que l'agglutination du sérum au bacille d'Eberth persiste après la disparition de celui-ci.

Il a été impossible en tous les cas jusqu'ici aux nombreux expérimentateurs de modifier à leur gré la réponse sérologique. La réaction n'est qu'un phénomène d'ordre colloïdal, une sorte de précipitation due au contact des lipoïdes biliaires avec les albumines du sérum dans lequel le sérum se trouve entraîné. Cette action d'antigène et de sérum à colloïdes « labiles » se fait en présence des colloïdes du sérum alexique, suivie de la destruction de ce dernier appréciée par le phénomène de l'hémolyse. Citron avait nommé *réagines* les substances inconnues du sérum syphilitique qui lui permettent d'absorber le complément, en tous les cas ce ne sont pas des anticorps et le caractère spécifique ne peut pas être établi. L'expérimentation n'apporte donc encore aucune lumière au problème que nous étudions.

4° *à l'état d'immunité :*

Existe-t-il une anergie syphilitique analogue à l'anergie tuberculeuse observée dans certains bacilloses aiguës où l'organisme sidéré perd toute espèce de pouvoir réactionnel. Il semble y avoir une grande différence entre les deux infections et l'on ne saurait comparer la luétine de Noguchi ou la pallidine de Klausner et Fischer à la tuberculine de Koch. Cliniquement l'anergie est de règle dans la syphilis primaire, fréquente dans la syphilis secondaire, l'allergie

est habituelle dans le tertiarisme. Dujardin et Decamps, en utilisant les intradermoréactions de protéines banales, ont montré que l'allergie spécifique entraînait une hétéro, une co-allergie spécifique pour les autres protéines. Leurs examens leur ont montré que l'anallergie chez des malades dont la réaction de Wassermann était négative devait faire redouter l'apparition de syphilis nouvelle grave. Il y a donc là deux faits bien différents et qui ne peuvent avoir de commun que des indications pronostiques.

5° *à la thérapeutique :*

L'emploi d'une médication univoque à doses faibles permettrait, pour certains, au parasite de pouvoir s'acclimater, l'habitude d'un médicament de même rendre les tréponèmes résistants à son action. Norman Tobias (1) parle d'une action biochimique de l'arsenic sur l'organisme : certains ferments chez de vieux malades empêcheraient la transformation du produit injecté en substance active. L'usage intensif de cures plurimédicamenteuses suffit à écarter cette hypothèse.

Fréquence.

Il est difficile d'apprécier la fréquence de l'irréductibilité, car ainsi que nous l'avons dit, beaucoup de cas étiquetés tels ne sont que des cas banaux de syphilis nerveuse ou plus rarement de syphilis viscérale. Dans un travail récent Norman Tobias a trouvé chez 344 malades 48 cas de réactions irréductibles soit 13 o/o mais il s'agit ici de sujets simplement résistants au traitement. Sézary, Pernet et Gallerand ont trouvé avec 41 porteurs d'une réaction oscillante un pourcentage de 4 o/o. Sur ces 41 patients 2 se sont montrés irréductibles, ce qui donnerait un chiffre inférieur à 0,2 o/o. Ce chiffre nous paraît assez vraisemblable, nous ne trouvons pas exagéré la rencontre d'une résistance sur 500 malades.

Nous avons d'autre part recherché chez 9 de nos sujets le *parallélisme de la réaction de Wassermann avec la floculation* par la méthode de Vernes, nous avons eu 7 fois concordance et 2 fois dis-

(1) NORMAN TOBIAS. Syphilis à Wassermann irréductible. *Ecos Espan. de Dermat. y Sifil.*, février 1929, p. 323.

cordance, la réaction de Wassermann étant positive et plus sensible que la floculation qui était négative.

Pronostic.

Avant tout il est nécessaire de définir dans quelles conditions nous avons recherché l'irréductibilité : notre champ d'observation a été d'une manière générale la clientèle hospitalière habituelle, c'est-à-dire le plus souvent des sujets traités dès leur accident primaire ou leur roséole, jamais nous n'avons pris des gens chez lesquels le résultat sérologique était une trouvaille. Ceci pour répondre à une critique de Ravaut (1) qui, lors de la discussion soulevée par notre dernière communication, a rapporté que son élève Waitz avait trouvé à l'hospice d'Ivry des vieillards en parfaite santé dont la réaction était positive. L'un de nous, alors interne de Milian à Debrousse, a vu des malades semblables, il a vu même réactiver des vieillards dont la syphilis remontait à plus de 50 ans et n'était pas éteinte. Il ne nous est pas venu à l'esprit l'idée de vouloir réduire la réaction de tels malades que nous avons laissés quiets dans leur verte vieillesse.

Il s'agit ici, nous le répétons, de sujets en cours de traitement ou ayant été traités et qui depuis au moins deux ans n'ont pas interrompu une cure sévère, ceci conformément à la définition que nous avons donnée de l'irréductibilité.

Le pronostic variera selon l'idée que se fait le médecin de la cause de la résistance sérologique.

Si l'on en croit Nicolas et Gaté, l'irréductibilité serait due à une organisation tissulaire analogue aux reliquats des manifestations tégumentaires de la vérole : des macules, des pigmentations. Ce serait somme toute une épine cicatricielle qu'il faudrait considérer comme éteinte et dénuée de virulence, injusticiable d'un traitement jugé inopérant sur la réponse sérologique. Piccardi et Brunetti (2) croient que la réaction de Wassermann représente un état physico-

(1) Ravaut (P.). Discussion. *Bull. Soc. fr. de Derm. et Syphil.*, 27 janvier 1929, p. 206.

(2) Piccardi et Brunetti. Observations d'expériences de réinfection et de superinfection syphilitiques chez l'homme. *Giornale ital. di dermat. e Sifil.*, octobre 1928, p. 529.

chimique du sang, une réaction immunitaire, qui pourrait fort bien survivre même à la guérison, comme on voit après d'autres maladies infectieuses persister des réactions immunitaires, tous signes cliniques étant disparus. A l'appui de cette hypothèse les deux auteurs italiens citent un cas de réinfection expérimentale positive chez un sujet ancien spécifique et à réaction positive malgré un traitement intensif.

A notre avis il y a un danger réel à laisser de tels malades au repos complet alors que la tendance actuelle est de considérer la guérison de la syphilis elle-même comme problématique lorsque la thérapeutique n'a pas été instituée à ses débuts. P. Chevallier (1) considère la réaction de Wassermann comme un simple symptôme, mais n'a-t-on pas lieu de s'inquiéter d'un symptôme persistant chez un syphilitique avéré? Queyrat (2) a dit qu'il connaissait beaucoup de sujets de 50, 60 et 70 ans ayant de beaux enfants malgré une sérologie toujours positive; il n'en est pas toujours ainsi et Montlaur (2) à la Maternité de Port Royal a vu souvent des femmes dont la réaction n'avait pu être réduite malgré des traitements énergiques et répétés ne pouvoir parvenir à accoucher d'enfants sains. Par ailleurs Gougerot a vu des syphilitiques irréductibles verser dans le tabès ou la paralysie générale et Sézary estime qu'il en est souvent de même pour les malades dont la réaction est oscillante. Nous partageons cette opinion. Qu'on ne nous accuse pas, selon une heureuse expression, de lutter contre la syphilis à travers la présence de la sérologie et d'approuver sans réserves les malades dont la seule préoccupation n'est que le sens de leur courbe réactionnelle. Nous croyons notre attitude dictée par la simple prudence. Il ne s'agit pas, nous le dirons plus loin, d'appliquer des remèdes draconiens mais d'instituer une cure d'entretien chez des sujets où il est possible de suspecter une localisation viscérale, voire même nerveuse, symptomatique, dans l'intention de maintenir latente la lésion et d'éviter l'apparition ultérieure d'accidents de caractères définitifs. Alors que nombre d'entre nous soignent quasi indéfiniment leurs anciens spécifiques dont la réaction de Wasser-

(1) P. Chevallier. Les syphilis évolutives avec un W. négatif. *L'Hôpital*, avril 1928, n° 212 *bis*.
(2) Queyrat, Montlaur. *Revue dermatol. Lyon*, 27 janvier 1929, p. 208.

mann est négative, sous le prétexte très justifié de l'impossibilité où nous sommes d'affirmer une guérison et ce à titre d'assurance. ce serait, croyons-nous, une erreur dangereuse et pouvant conduire à des désastres que d'adopter l'abstention en face d'une réponse sérologique toujours positive.

Autoriserons-nous de tels malades à se marier. Ainsi que nous l'avons dit il est difficile de condamner au célibat légal des individus seulement suspects. Nous ne faisons qu'une condition c'est que la conjointe ou le conjoint soient eux-mêmes surveillés et qu'en cas de grossesse un traitement soit institué, à titre préventif.

Traitement.

Nous croyons donc qu'en présence d'une réaction de Wassermann qui demeure positive il faut d'abord tenter par les moyens classiques de la réduire. Souvent il y a eu faute technique dans l'organisation du traitement par suite de l'inactivité d'un médicament de base, de l'arsenic par exemple. L'époque de l'infection ne fait rien à l'affaire. Belgodère (1) rapporte le cas d'une syphilis datant de 20 ans, jamais traitée avec une réaction de Wassermann positive depuis le même moment sans doute : Il fallut 5 années pour obtenir la négativation.

Certaines suggestions ont été proposées dans l'application du traitement spécifique : Sézary insiste beaucoup sur l'association arséno-bismuthique, qui nous a donné dans un cas très rebelle un bon résultat ; Milian recommande d'user avec persévérance des voies buccales et rectales, plus agissantes sur le foie qui pour cet auteur est souvent le point névralgique.

En dehors du traitement spécifique divers procédés ont été proposés avec des succès divers et inconstants :

Le repos.

Clément Simon (2) a vu le simple repos modifier la réaction de deux malades positifs qui après une absence d'un an et de six mois sans aucun remède se trouvèrent négatifs. Milian (2) a eu de même

(1) Belgodère (G.). Réaction de Wassermann. *Le Monde médical*, 15 mai 1929, p. 616.
(2) Discussion : *Bull. Soc. fr. de Dermat. et Syphil.*, 14 mars 1929, 279-284.

de bons résultats d'un séjour prolongé à la mer ou à la montagne avec une simple prescription *per os* (Hg et Ki). Norman Tobias vante les heureux effets d'un repos surveillé de 2 à 6 mois : la cessation complète de toute médication rendrait les malades plus résistants et augmenterait les anticorps normaux du sang.

Les méthodes de désensibilisation ou de choc.

Il semble acquis que dans des cas très divers et fort irréguliers la réaction de Wassermann ait cédé sous l'influence d'une médication désensibilisatrice ou d'un choc colloïdal. Ce fléchissement est-il définitif? Il y a là un écueil sur lequel Sézary (2) a attiré, à juste titre, l'attention. Une séroréaction positive est le signe indicateur d'un danger de syphilis viscérale, la modifier par des méthodes non spécifiques, c'est faire disparaître le signe d'alarme sans supprimer le péril. C'est d'ailleurs le même reproche que l'on peut faire à l'impaludation si on ne lui associe pas une médication antisyphilitique.

L'*autohémothérapie* ou l'*autosérothérapie* ont donné des résultats un peu surprenants à Cerf, Knebgen et Pauly (1) ; à la suite d'une dizaine d'injections 13 malades sur 14 auraient été négativés. Nous avons usé de la même méthode sur 6 sujets sans aucune modification même partielle. Nous n'avons eu non plus aucun résultat avec la *peptonothérapie*, la *protéinothérapie*, la *lactothérapie*.

La *pyrétothérapie* selon la technique de Sicard, Haguenau et Wallich (injection intraveineuse de vaccins antichancrelleux) aurait donné deux résultats heureux à Gougerot et Thiroloix.

Les injections intraveineuses d'*hyposulfite de soude* ont été proposées par Ravaut, Bocage et Richon (2). Ces auteurs ont traité 13 malades par cette méthode : dans 7 cas après 15 piqûres de 10 à 20 centimètres cubes d'une solution à 20 0/0 ils ont obtenu de bons résultats. Deux fois la réaction a été réduite par des injections d'hyposulfite de soude associées à une solution de Lugol. Dans les 4 autres cas la réponse resta positive.

Avec des préparations d'*huiles soufrées* Schrœder a constaté des améliorations sérologiques considérables tant dans le sang que dans

(1) Cerf, Knebgen et Pauly. R. de Wassermann irréductible. *L'Hôpital*, XIV, 1926, p. 414.

(2) Discussion in *Bul. Soc. fr. de Dermatol. et Syphil.*, 14 mars 1929, p. 279-284.

le liquide céphalo-rachidien. Flurin (2) se demande si l'action est due à un choc ou à un pouvoir tréponémicide.

Les *sels d'argent* en injection intraveineuse sous forme d'électrargol malgré une très violente réaction thermique (41°) n'ont rien donné dans 2 cas à Schulmann et Terris.

Ayres en 1918 a obtenu de bons résultats avec le *bromure de radium* par voie intraveineuse, les *sels de terre rare* (*chlorure de cérium* (géodyl) à 1 o/o à la dose de 0,05 à 0,15 centigrammes pendant 21 à 30 jours) ont paru inconstants d'action à Gougerot et Bertillon.

La *malariathérapie* a été proposée par Kyrle, elle n'a donné aucun résultat dans un cas à Gougerot, c'est d'ailleurs une technique encore délicate.

Action des vaccins. L'action de dmelcos a déjà été signalée, les vaccins antigonococcique, antityphoïdique, la luétine se sont montrés inactifs.

L'irradiation de rate a été pratiquée par Gougerot : réalisée par Solomon et Gibert et par Lehmann elle aurait modifié les réponses positives, de nouveaux résultats sont attendus.

Quelques auteurs ont voulu *associer la thérapeutique antisyphilitique à celle des chocs* : Vaccin antigonococcique et novarsphénamine (Harol) (1), lait et novarsphénamine (Greenbaum et Wright) (1), injections conjuguées de bismuth et de protéines (Levaditi et Nicolau) (1). Des suites heureuses auraient été enregistrées mais elles n'auraient été qu'éphémères. Il faut peut-être rapprocher de ces faits le succès obtenu par Du Bois (2) chez deux hérédo-syphilitiques par l'association de la tuberculine au néosalvarsan, bien que les deux malades ne présentassent aucune manifestation tuberculeuse.

Porcelli (2) en associant aux arsénobenzènes des doses croissantes de gonacrine a pu, dans 2 cas, après 8 injections obtenir la modification de réactions jusque-là irréductibles.

Cosmadis (3) a trouvé chez 24 spécifiques à réaction irréductible

(1) Cités par Norman Tobias, *loco cit.*

(2) Porcelli (R.), Sifilidi a serodiagnosi irreducible. Prove di chemio-sensibilizzazione del treponema. *Giorn. italian. di Dermat. e sifil.* 1928, v. 64, p. 632.

(3) Cosmadis (W.-N.), La réaction de Bordet-Wassermann irréductible et la cholestérine. *Roussy Veninînk Dermatologuii*, VI, n° 8, oct. 1928, p. 792-800.

de l'hypercholestérinémie, alors que chez les sujets à réaction négative il y a de l'hypocholestérinémie. L'administration de médicaments abaissant le taux de la cholestérine sanguine (lactose, glycose, benzoate ou salicylate de soude; sulfate, phosphate et nitrate de soude; bicarbonate de soude à dose faible et diluée, purgatifs salins), a pu, chez plusieurs malades, non soumis à la médication antisyphilitique, rendre la réaction négative. L'auteur conclut que les malades ayant une réaction irréductible doivent recevoir en plus d'un traitement spécifique, un régime amenant de l'hypocholestérinémie. Ajoutons cependant que, dans des recherches encore inédites, Sézary, Heitz et Gallerand ont vainement tenté de mettre en évidence l'hypercholestérinémie chez des sujets dont la réaction tardait à devenir négative.

Il est bien délicat de tirer des conclusions définitives de cette énumération d'essais plus ou moins heureux. Il est vraisemblable que les méthodes de désensibilisation ou de choc jouent un rôle utile mais elles ne sauraient en aucun cas se substituer au traitement spécifique que nous jugeons ici indispensable.

Nous redisons encore que nous n'exigeons pas des cures sévères mais des cures d'entretien, les prises par voie buccale d'iodure et par voie rectale de mercure ou d'arsenic pouvant alterner avec les piqûres intramusculaires ou intraveineuses. Il est indiqué en cas d'irréductibilité persistante de faire au moins tous les deux ans une ponction lombaire, le traitement devant devenir beaucoup plus sévère en cas d'altérations liquidiennes.

On sera très circonspect lors de l'apparition d'une réponse négative chez un malade longtemps positif, on n'oubliera pas la fréquence des réactions oscillantes, et on redoutera fort un retour offensif que pourra prévenir avant tout une médication bien sagement continuée.

THÉORIE PSYCHO-VASOMOTRICE DES VERRUES ET DES CONDYLOMES ACUMINÉS

PREUVES EXPÉRIMENTALES

Par J. BONJOUR (Lausanne).

Mes premières expériences de guérison des verrues au moyen de la suggestion remontent à 1888 et ma première communication sur ce sujet a été faite au congrès de Munich en 1896. Dans la *Presse médicale* du 14 juillet 1923, j'ai donné un résumé de mes expériences et expliqué pourquoi les moyens les plus divers guérissent les papillomes ; cette action est due à la suggestion et c'est elle aussi qui explique les succès des guérisseurs. J'ai publié un article analogue dans la *Schweizer. Med. Wochensch.* (n° 33, 1924) parce qu'un travail sur les papillomes y avait paru qui ne tenait aucun compte de l'influence psychique dans la production et dans la guérison des verrues et des papillomes. Après avoir lu ces articles, le professeur Br. Bloch de Zurich se mit à guérir les verrues au moyen d'un procédé indirect de suggestion, en soumettant les sujets à l'action d'un pantostat qui marchait à vide et il publia dans la *Klin. Wochenschr.* de Berlin en 1927, un article dans lequel il me donna raison sur le point de la guérison par la suggestion. Il annonça 80 o/o de guérisons dans les cas de verrues planes et 50 o/o pour les vulgaires. Je prétends que l'on doit guérir tous les cas de verrues et de condylomes et j'ai démontré dans la *Presse médicale* du 14 janvier 1928 que la guérison est due à l'abaissement de la minima produit par la suggestion. Dès lors, divers auteurs en Allemagne et en Russie ont employé la suggestion avec succès. Le meilleur moyen consiste à boucher les yeux du sujet, à toucher ses verrues et à suggérer qu'à partir de ce jour, il oubliera ses verrues, ne les regardera plus, ne les sentira plus et qu'il se guérira en 4 ou 5 semaines. On fait revenir

la personne au bout de ce temps et on répète la séance toutes les 5 ou 6 semaines jusqu'à ce que la guérison soit complète. Dans la majorité des cas une séance seule suffit.

Le facteur psychique. — Toute la question des verrues à été résolue expérimentalement par la médecine populaire. Il existe un procédé de guérison assez connu et qui est très efficace dans tous les cas; c'est celui de « passer ses verrues ». Celui qui l'emploie s'approche d'une personne, la touche vivement de ses verrues sur le dos de la main en disant : « Je te passe mes verrues ». Dès ce jour-là, les verrues s'atrophient chez lui tandis qu'elles apparaissent chez le touché. Dans les deux cas, l'effet est dû à la suggestion et à l'influence de l'émotivité. Le toucheur croit à l'action du procédé et il se guérit; le touché croit, lui, à la contagion des verrues et il est sûr d'en contracter de cette façon; il subit l'effet de son erreur.

Il est évident que puisque le toucheur se guérit, les verrues ne sont pas d'origine contagieuse; dans le domaine psychique, la loi de la reversibilité est constante et l'on comprend que le touché subit seulement une action suggestive et non contagieuse. Pour démontrer à mes malades que je n'admets pas la théorie contagieuse je frotte leurs verrues sur mes mains et ne les lave pas ensuite ; je n'en ai jamais attrapé. Par contre, un guérisseur de verrues, avocat à Zurich, et moi, nous avons tous deux, provoqué des verrues par la suggestion en des endroits déterminés et nous avons réussi; ceci prouve que la théorie de la contagion repose sur une erreur. Les verrues sont une réaction épidermique à une action psychique ; ceci est un fait extrêmement important qui nous met sur la piste des réactions idiosyncrasiques que, par un effet de « psychectomie » préalable, l'on explique au moyen de la chimie seule. L'action de la suggestion ressort brillamment du procédé populaire indiqué plus haut ; tous les toucheurs se guérissent et tout les touchés voient apparaître des verrues en 2 ou 3 semaines. Voilà un procédé qui donne 100 o/o de guérisons mais aux dépens de 100 o/o de nouveaux verruqueux.

Mes expériences démontrent que, sans recourir à l'action émotive contenue dans le procédé populaire ci-dessus, la suggestion directe faite avec conviction, tranquillement, guérit facilement 95 o/o des cas. Ceci démontre que se baser sur un pourcentage

élevé de guérisons pour conclure à l'efficacité de quelque procédé que ce soit, est illusoire en cette matière. Dans le *Lyon Médical*, M. Guyot a voulu prétendre que sa méthode est la meilleure car il obtient 90 o/o de guérisons ; il en tire la conclusion que les verrues sont dues à une déminéralisation de l'organisme puisqu'en prescrivant des cachets réminéralisants il obtient ces excellents résultats. Je puis démontrer que l'on doit guérir tous les cas et je me servirai pour cela de cas qui ont résisté à tous les traitements. Ce sont ces cas particulièrement qui m'ont démontré d'une manière évidente que la théorie psycho-vasomotrice résout tout le problème des verrues et des condylomes.

Théorie vasomotrice. — Dans la *Presse Médicale* du 14 janvier 1928, j'ai démontré au moyen de deux exemples l'effet de la suggestion sur les papillomes. La suggestion abaisse simplement la pression minima qui, dans tous les cas, est trop élevée alors que la maxima est souvent normale. L'abaissement de la minima décongestionne la couche papillaire et cela provoque automatiquement l'atrophie du tissu épidermique et la disparition des papillomes. L'atrophie débute avec l'abaissement de la minima et avec le retour à la normale du pouls qui est souvent trop rapide ; en outre, quand on le compte au repos et dans les positions verticale et couchée, on obtient dans la plupart des cas une différence anormale de 20 à 40 pulsations entre les deux nombres. Il est nécessaire de mesurer plusieurs artères dans la *position assise* afin de créer des dénivellations qui agissent sur la pression proportionnellement à la hauteur de la colonne sanguine et qui modifient le rapport des index. Dans ces conditions la minima humérale est de 6 centimètres, celle de la radiale de 7 (main sur la cuisse) celle de la poplitée de 9 (jambe tendue) et celle de la tibiale au cou-du-pied, de 10 centimètres. Le *rapport* des index est de 5/3 à ces deux membres quel que soit l'appareil employé. Ceci étant admis, voyons ce qui se passe quand on soumet une personne à un traitement suggestif. Voici un cas de condylomes acuminés qui en est à sa seconde récidive. Il y a 61 tumeurs ; je suggère la guérison en touchant les condylomes avec une baguette de verre et je fais revenir la personne tous les huit jours afin de mesurer la pression.

Influence de la suggestion sur la minima artérielle et sur l'atrophie des condylomes acuminés.

	Nombre des condylomes	Diminution	Minima		Rapport des ind.	Pouls	
			Humér.	Rad.		Ver.	Hor.
Normal . . .	—	—	6	7	5/3	74	70
Malade :							
15 octobre . .	61	—	7	9	6/4	92	80
23 — . .	54	7	6,5	8,5	5/3	88	76
30 — . .	38	16	6	8	5/3	80	76
17 novembre .	6	32	6	7	5/4	76	76

Le tableau se passe de commentaires. On voit que la minima baisse chaque semaine d'un demi-centimètre et qu'elle devient normale à l'humérale en quinze jours et à la radiale en quatre semaines. La première semaine, 7 tumeurs disparaissent, puis 16 et pendant les 15 jours suivants, 32, donc 16 par semaine pendant trois semaines. On pourrait presque établir une proportion entre le degré de diminution de la minima et le nombre des condylomes atrophiés ! En outre, toutes les autres valeurs retournent à la normale. Il est évident qu'un fait pareil ne peut être que l'effet de lois psychiques dont nous commençons seulement de mesurer l'action.

Examinons maintenant des cas de verrues qui ont résisté à tous les traitements ; les mensurations vont nous dire le pourquoi de cette résistance.

Voici une femme qui essaie depuis 15 ans tous les moyens pour se délivrer de ses verrues planes : elle en a 85 à la main gauche. Ce sont les plus grandes que j'aie vues ; l'une a un diamètre de près de 3 centimètres. La malade présente tous les phénomènes de l'hypertension depuis bien des années : palpitations, insomnie, vertige, bourdonnements, fatigue et une fausse couche. Il est évident que la grandeur des verrues est en rapport avec l'hypertension ; il faut, si l'on ne veut pas se heurter à une résistance aussi nette, prescrire un hypotenseur qui favorisera l'effet de la suggestion. Je prescris 3 fois 5 milligrammes de codéine par jour et voici le résultat obtenu. La séance de suggestion a été répétée à chaque consultation inscrite dans le tableau.

Tableau montrant que les verrues persistent tant que la suggestion et les remèdes employés ne modifient pas la vasomotricité *et le travail du cœur.*

	Minima				Rapp. des index		Pouls		Remarques
	H	R	P	T	Bras	Jambe	V	H	
1927 Juin . . .	8	9	—	—	6/2	—	120	80	Palpitations, vertige, fatigue, bourdonnements, 85 ver.
Juillet .	7	9	—	—	5/2	—	120	80	Aucun changement.
Août . . .	7	9	12	14	4/2	4/2	120	80	Aucun changement.
Octobre . .	7	9	—	—	4/1	—	108	72	Guérison de 4 verrues, amélioration générale.
Décembre .	7	8,5	—	—	5/2	—	96	68	Toutes les verrues pâles et plus petites.
1928 Février . .	6,5	8	12	12	4/2	4/2	96	68	Guérison des verrues et de tous les troubles.

On voit que l'abaissement d'un centimètre de la minima humérale est resté sans effet de juin à octobre ; puis le pouls est devenu moins accéléré, et, en tombant de 120 à 80 et 108 à 72, il s'est produit une atrophie des tumeurs qui s'est accentuée pendant que la minima et le pouls continuaient de baisser. La guérison était complète au moment où la minima humérale était de 6,5 et la radiale de 8, ce qui peut être considéré comme des valeurs normales chez une femme de 38 ans.

Après ce cas difficile de verrues planes, prenons-en un facile. Il concerne un homme ayant des verrues planes au visage et des vulgaires aux mains. Je suggère la guérison en 8 ou 10 jours ; je constate l'atrophie avancée des verrues le septième jour et la guérison le dixième. Pendant ce temps, les minima humérale et radiale ont passé de 9 et 10 centimètres à 7 et 8.

Donc, dans ces trois cas, l'atrophie a lieu *pendant* que la minima baisse, et la guérison est complète lorsque la minima est redevenue normale ; cela démontre que l'atrophie et l'abaissement de la minima sont des phénomènes conjugués. Il faut 4 semaines dans le premier cas, 9 mois dans le second et 10 jours dans le dernier pour abaisser la minima de 2 centimètres et obtenir la guérison.

Or, quand on prend la peine de noter la coloration des verrues

et de l'anneau rose qui se trouve à la base des vulgaires et qui correspond à la périphérie du gâteau papillaire sous-jacent, on voit que la suggestion produit la décoloration de la verrue et de son anneau et que cette décoloration n'a lieu que lorsque la minima baisse.

On constate que c'est l'abaissement de la minima radiale qui agit le plus sur l'atrophie du papillome ; la relation de cette hypertension périphérique avec l'état psychique ressort des faits (1).

Il est inutile de fournir d'autres exemples car ceux-ci contiennent l'essentiel pour comprendre la question. Mais quelques cas curieux vont faire saisir le rôle de l'hypertension de la minima.

Un médecin, sceptique après la lecture de mes articles sur la guérison des verrues par la suggestion, essaie pourtant de guérir son fils aîné dont les verrues ont résisté à tous ses soins. Il applique mon procédé et son fils est guéri en peu de temps. Quelques semaines plus tard, son second fils qui a eu un profond dégoût en voyant des verrues sur les mains de son frère, en constate sur ses mains. Mon confrère convaincu cette fois de réussir, échoue malgré trois essais, et m'envoie son fils.

La Mn humérale est de 7 centimètres, la radiale de 9 cm. 5 ; le cœur est nettement dilaté et l'enquête prouve que le jeune homme fait chaque jour quatre fois une course de bicyclette qui a produit certainement la dilatation et l'hypertension. L'échec s'explique : la dilatation empêche la suggestion d'abaisser la minima. Je prescris le repos et fais une séance de suggestion. Trois mois plus tard, le jeune homme vient montrer ses mains guéries ; la dilatation a disparu et la minima est descendue d'un centimètre.

Une dame avec vilaines verrues unguéales (2 fois excision et plusieurs traitements sans succès) cherche la guérison depuis dix ans. Le visage est congestionné, les règles profuses, voilà deux symptômes nets d'hypertension qui expliquent la persistance des verrues. La minima humérale est de 8 centimètres, la radiale de 9, celle de la poplitée et de la tibiale de 12. Le rapport des index qui devrait être de 5/3 pour les artères des deux membres est de 5/2

(1) La difficulté de guérir parfois les verrues plantaires tient à l'irritation mécanique et à l'altération vasomotrice excessive. Un médecin que personne n'a guéri m'a fourni les minima de 8, 10, 10 et 12 ; les index de H, R et P sont égaux, 5d (!) et celui de la tibiale de 6d (!!). On comprend qu'aucun traitement local ne puisse faire cesser des troubles vasomoteurs généraux aussi considérables.

pour le bras et de 7/4 pour la jambe. Pouls de 100 et 80 dans les deux positions indiquées. J'engage la personne à faire une cure hypotensive et à la poursuivre même quand les tumeurs seront guéries mais, comme les verrues ont presque disparu au bout de deux mois, elle cesse la cure. Elle revient huit mois plus tard, en 1927, parce que de nouvelles verrues sont apparues sur le bras. La minima a passé aux quatre artères de 8, 9, 10 et 12 à 8, 10, 15 et 12 ; je répète mes avertissements au sujet de cette hypertension croissante et la personne me promet de suivre la cure hypotensive régulièrement. Elle revient en 1928, dix mois plus tard ; les verrues sont guéries depuis longtemps et le visage est devenu de coloration normale. La minima est descendue aux quatre artères : elle est de 6, 8, 12, 11 ; le rapport des index est de 7/5 au bras et de 9/5 à la jambe et le pouls, de 80 dans les deux positions. Nouvelles recommandations pour poursuivre le traitement de façon de réduire les index à la normale ; mais la malade satisfaite termine sa cure. Dix mois plus tard, de nouvelles verrues la font revenir à Lausanne ; elle est désolée. La minima est remontée à 7, 9, 14 et 11 ; le rapport des index est de 5/2 au bras et de 6/2 à la jambe ; pouls de 80 et 80.

La malade est effrayée aussi parce que son enfant qu'elle m'amène a déjà des verrues et elle est sûre que c'est un effet de la contagion. L'enfant a 6 ans ; elle fournit les minima suivantes aux quatre artères : 6, 8, 10 et 10 au lieu de 5, 6, 8 et 9 centimètres. Le rapport index est de 3 1 aux deux membres au lieu de 4/2 qui est normal à cet âge ; le pouls est de 80 et 72. J'explique à la mère que l'hypertension est seule la cause des verrues aussi bien chez l'enfant que chez elle et elle me demande alors si les maux de tête dont souffre une autre de ses filles peuvent avoir la même cause. Je lui réponds que les maux de tête sont presque toujours produits par une hypertension précoce quand la tuberculose peut être mise de côté.

	Minima				Rapport des index		Pouls		
	H	R	P	T	Bras	Jambe	V	H	
Octobre 1926 . .	8	9	12	12	5/2	7/4	100	80	Verrues unguéales.
Août 1927 . . .	8	10	15	12	4/2	5/2	80	80	Rechute.
Juin 1928 . . .	6	8	12	11	7/5	9/5	80	80	Guérison.
Avril 1929 . . .	7	9	14	11	5/2	6/2	80	80	Rechute.

Voilà le seul cas avec rechute que je possède ; la relation de l'hypertension et des troubles vasomoteurs avec la réapparition des tumeurs est indéniable.

J'ai vu dernièrement une demoiselle qui offre l'exemple de ce que Darier cite dans son livre comme la caractéristique de l'infection ; dans le cas de Darier, sur le trajet d'une égratignure provoquée par une épingle, sont apparues plusieurs verrues que cet auteur attribue à l'infection. Selon moi, l'irritation épidermique seule explique ce phénomène. Dans le cas récent que j'ai vu, la demoiselle, qui a été soignée par plusieurs dermatologues sans résultat, présente une ligne ininterrompue de grosses verrues qui suit sur une longueur de 5 centimètres le bord inférieur du maxillaire inférieur, à la place où elle s'est fait une éraflure à l'âge de 9 ans ; les verrues existent depuis dix ans. On pourrait penser que la demoiselle a toutes les apparences de la santé, mais tout le visage et le front sont congestionnés. Donc elle doit avoir de l'hypertension et les valeurs obtenues le démontrent ; la minima est trop élevée et le rapport des index au bras est typique de la vasoconstriction qui maintient la prolifération des papilles :

Minima				Rapport des index		Pouls	
H	R	P	T	Bras	Jambe	V	H
7	9	10	12	4/2	5/4	88	70

Donc, les verrues sont le symptôme précoce et tenace d'une hypertension à laquelle aucun médecin n'a pris garde, car jusqu'à présent l'on n'a pas pensé que l'hypertension pût exercer quelque influence sur la production de maladies organiques autres que celles du cœur ou des poumons. Dans tous les cas cités ci-dessus, l'hypertension est manifeste et elle est caractérisée par plusieurs facteurs dont les valeurs sont anormales. Je pourrais le démontrer en disant que dans bien des cas j'ai mesuré les quatre artères dans la position assise et dans le décubitus dorsal. Alors que chez le normal la minima est la même partout dans le décubitus dorsal, elle subit des variations caractéristiques chez l'hypertendu ; ces variations se retrouvent chez les porteurs de verrues dont l'hypertension persiste dans la position couchée.

On pourra objecter qu'une hypertension de la minima d'un centimètre ne doit pas être de grande importance, mais l'observation de plusieurs milliers de cas démontre que, dans les maladies nerveuses considérées comme exclusivement fonctionnelles (phobies, bégaiement, tics, etc.), l'hypertension de la minima est la règle ; elle est d'un à deux centimètres et elle disparaît lors de la guérison. Ceci ressort d'observations que j'ai faites et contrôlées souvent pendant des mois et des années. Je ne possède qu'un cas de verrues vulgaires qui fasse exception. Il m'a fallu répéter la suggestion de la guérison plusieurs fois en *deux ans* pour le guérir ; dans ce cas, la guérison ne s'est pas accompagnée d'une diminution de la tension minima, qui est restée de deux centimètres trop élevée au bras. Il est possible que si j'avais mesuré les artères de la jambe et pris toutes les mesures dans les positions verticale et couchée, j'aurais noté des différences, car les règles, très profuses, sont devenues normales pendant le traitement suggestif.

Donc, l'hypertension est mise en vue par le fait que lors de la guérison des verrues et des condylomes par la suggestion, la minima s'abaisse constamment.

L'étiologie des verrues. — L'expérience démontre que l'on peut facilement produire des verrues par la suggestion et les guérir aussi ; ceci seul prouve que le facteur psychique joue un rôle considérable et, selon moi, le rôle indispensable dans la formation des papillomes. On peut dire : sans psychisme, pas de verrues ni de condylomes. D'un autre côté, les expériences démontrent que l'existence des papillomes est conjuguée à des troubles vasomoteurs dont le plus régulier est l'hypertension de la minima. Comment expliquer alors la formation des verrues et des condylomes ? Quand on va aux sources, on arrive, dans la majorité des cas, à la cause psychique ; la personne a vu, un jour, des verrues et elle a éprouvé un dégoût considérable en même temps qu'elle a commencé de craindre d'en attraper, car elle pense que ces tumeurs sont contagieuses. Dans la plupart des cas, cette personne évite de donner la main et, en tous cas, elle ne la donne pas à la personne qui a provoqué le dégoût ; peu de temps après cet événement, les premières tumeurs apparaissent. Dans le cas de condylomes, la personne s'examine souvent parce qu'elle souffre d'une blennorragie et son attention est attirée rapidement sur la

turgescence des papilles provoquée par la crainte et le dégoût; le condylome est formé dès ce moment. C'est donc la crainte et le dégoût qui excitent la minima et provoquent la congestion de la couche papillaire. Cette congestion est générale ; le Pachon le démontre et l'observation à l'œil nu fait voir que la peau est congestionnée aux mains, au visage et ailleurs aussi. Si l'hypertension de la minima disparaît après que l'émotion a cessé, le papillome ne se forme pas. Mais quand l'hypertension persiste sous l'effet du dégoût et parce que la personne, craignant l'infection, examine sa peau très souvent, alors les papilles des parties visibles ou examinées subissent une excitation particulière et une hypertrophie qui cause le papillome. La cause psychique intervient ainsi deux fois, d'abord en provoquant l'hypertension au moyen de la crainte et du dégoût, puis en excitant les papilles à un endroit spécial au moyen de l'attention expectante. Ceci explique pourquoi divers observateurs ont réussi la production des verrues au moyen de virus hypothétiques ; la suggestion seule, aussi, fait apparaître les verrues à des endroits déterminés à l'avance.

Cette théorie résout tous les faits sans recourir à l'hypothèse. Elle explique pourquoi les verrues et les condylomes siègent seulement aux endroits découverts atteints par le regard ou à l'aide du miroir, dans le cas des condylomes. Elle explique aussi l'extension des verrues par le fait que la minima restant hypertendue, il suffit que l'attention expectante provoque une légère turgescence papillaire pour qu'à cette place se forme une verrue, et comme tout le monde est convaincu de la contagion des verrues, l'attention expectante a le champ libre pour produire ses effets. On peut affirmer, en se basant sur l'expérience seule, que le siège, la formation et l'extension des verrues sont pathognomoniques de leur origine psychique. Le procédé de guérison est le corollaire de ce théorème puisque, par exemple, l'électrolyse de la verrue-mère suffit pour guérir toutes les autres tumeurs dans bien des cas ; ce fait est exclusivement psychovasomoteur. Mes expériences de guérison par la suggestion le démontrent irréfutablement.

Conclusions. — Plus on voudra examiner et contrôler les faits, plus on arrivera à ces conclusions. Les papillomes sont d'origine psychique et ne peuvent se développer que lorsque l'hypertension

existe ; celle-ci peut être due à l'excitation psychique ou à une autre cause.

Par conséquent, la verrue est un symptôme précoce de l'hypertension et, sous ce rapport, elle a une valeur importante. Beaucoup de jeunes sont des hypertendus ; d'un autre côté, ce sont les jeunes qui subissent le plus facilement l'effet des émotions ; or, l'émotion produit toujours de l'hypertension. Il est évident que si cet effet de l'émotion persiste, alors que les jeunes oublient facilement, alors que par nature ils sont plus aptes à éliminer les actions nocives émotives, il faut voir dans ce fait une disposition organique fonctionnelle ou un défaut constitutionnel. On comprend que dans ces conditions d'hypertension, toute irritation épidermique garde sa force et puisse devenir la cause de la turgescence papillaire. Même dans ces conditions, la verrue est d'origine sensible et psychique parce que l'attention joue constamment son rôle, ainsi qu'on l'a vu plus haut. Si l'hypertension était la cause primaire, les verrues apparaîtraient surtout entre 40 et 60 ans ; les verrues séniles s'expliquent de cette manière, mais on n'en voit pas beaucoup. Au contraire, les verrues sont un trouble de la jeunesse et de l'adolescence, époque favorable aux réactions émotives intenses et durables. Mais il faut savoir que cette émotivité dépend aussi d'une labilité cardiaque caractéristique qui se développera et produira plus tard des phénomènes cardio-vasculaires nets ; cela est si vrai, d'après mon expérience déjà bien ancienne, que je pourrais dire : tout porteur de verrues est un futur cardiaque. Je crois avoir démontré que cette théorie psycho-vasomotrice des verrues et des condylomes repose uniquement sur l'observation de faits anciens et contrôlés et sur des expériences que chacun peut facilement reproduire.

Il resterait à élucider le chapitre des verrues des animaux. J'ai fait ce travail, mais il doit être complété. Un fait seul en dira plus que toute dissertation ; je possède une observation de guérison de verrues chez un chien au moyen d'attouchements réguliers avec les doigts. Ces verrues étaient apparues après la maladie des chiens et elles avaient résisté à tous les topiques pendant des mois. Quelques attouchements en provoquèrent l'atrophie.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en octobre 1929.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Eruption rubéoliforme chez un syphilitique primo-secondaire avant traitement, par R. Burnier, R. Barthélemy et R. Cohen. *Annales des Maladies Vénériennes*, 24e année, n° 10, octobre 1929, p. 924.

Voici un fait de coïncidence vraiment exceptionnelle : l'intrication d'une rubéole et d'une roséole syphilitique. Sur un fond de roséole avec quelques papules infiltrées, apparaît une éruption rubéoliforme avec céphalée, fièvre, signes catarrhaux et ganglionnaires. Cette éruption pâlit rapidement en trois jours (Le traitement n'a été entrepris qu'une fois l'éruption apparue). H. Rabeau.

Tunnellisation du frein par chancre syphilitique, par J. Nicolas, J. Lacassagne et R. Froment. *Annales des Maladies Vénériennes*, 24e année, n° 10, octobre 1929, p. 917.

Il était classique de considérer la tunnellisation du frein comme signe certain de chancrelle. Les deux observations ici publiées montrent que cette notion doit être revisée, et qu'on doit penser à la possibilité de chancres syphilitiques. Dans les deux cas, il y avait une ulcération de chaque côté du filet, l'examen ultra-microscopique était positif, la réaction au Dmelcos négative. Il ne s'agissait donc pas de chancres mixtes. H. Rabeau.

Ictère avec érythrodermie concomitante dû au 914, par R. Barthélemy et R. Cohen. *Annales des Maladies Vénériennes*, 24e année, n° 10, octobre 1929, p. 921.

Observation d'un malade présentant trois semaines après le début d'un traitement par le novarsénobenzol un ictère marqué, de teinte jaune-orange, avec léger prurit. Cet ictère semble toxique, le malade ayant manifesté des signes d'intolérance dès la troisième injection. Une semaine après le début de l'ictère apparaît une érythrodermie nette mais heureusement bénigne. Les auteurs relient les deux manifestations entre elles, et à une même cause l'intoxication

H. Rabeau.

Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Le dispensaire de prophylaxie de Boulogne-sur-Mer, par L. Queyrat. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 5e année, nos 9-10, septembre-octobre 1929, pp. 464-467.

Description du dispensaire destiné aux marins. A noter l'idée ingénieuse d'y avoir annexé un bureau de renseignements et une salle de lecture donnant aux intéressés un prétexte non médical pour se rendre au dispensaire sans attirer l'attention sur le motif qui les y conduit.

A. Bocage.

Ictère palustre au cours du traitement antisyphilitique, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 5e année, nos 9-10, septembre-octobre 1929, pp. 458-459.

Observation d'un Marocain syphilitique secondaire, qui, trois semaines après la fin de sa première série de novar, fait un ictère avec Bordet-Wassermann positif. Le foie a 22 centimètres, la rate est percutable, la température est à 37°5. Le traitement antisyphilitique est suspendu et remplacé par la quinine par voie buccale. En 7 jours, le foie diminue de moitié, les selles se recolorent. Le traitement arsénobenzolique est repris sans incident.

Il s'agit d'un réveil biotropique du paludisme sous la forme d'hépatite avec ictère. A. Bocage.

Réinfection syphilitique, par G. Milian et Lafourcade. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 5e année, nos 9-10, septembre-octobre, 1929, pp. 460-463.

Un malade guéri d'un chancre syphilitique par le traitement novarsénobenzolique, fait un nouveau chancre au cours d'une série d'huile grise, nettement à la suite de contagion par sa femme qui, dans l'intervalle, avait fait des accidents secondaires. A. Bocage.

Roséole infectieuse aiguë, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 5e année, nos 9-10, septembre-octobre 1929, pp. 449-453.

Observation chez une jeune fille d'une roséole, dont la nature non syphilitique fut soupçonnée sur l'atteinte de la face, l'absence d'adénopathie ; un rhume avec fièvre transitoire avait précédé l'éruption.

Dans une deuxième observation chez un homme de 31 ans, il y avait eu aussi un rhume quelques jours auparavant et la roséole était de coloration très foncée et confluente aux mains et prenait aux fesses un caractère folliculaire.

L'auteur en discute le diagnostic différentiel avec la roséole syphilitique, la rougeole et la rubéole. A. Bocage.

Un cas de nodosités juxta-articulaires (Jeanselme-Lutz) chez une hérédo-syphilitique, par N. S. Smeloff. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 5e année nos 9-10, septembre-octobre, 1929, pp. 454-457.

L'auteur après avoir rappelé deux observations antérieures un peu discutables de nodosités d'origine hérédo-syphilitique, rapporte en détail un cas indubitable de syphilides tuberculeuses accompagnées de nodosités juxta-articulaires de cette origine. Les lésions cutanées guérirent facilement et les nodules sous-cutanés diminuèrent de volume sous l'influence d'un traitement bismuthique. A. Bocage.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

Floculation des sérums en présence de mélanges antigènes. Teintures de résine, par Dujarric de la Rivière, E. Roux et K. Kossovitch. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLIII, n° 10, octobre 1929, p. 1282.

Voici une importante étude sur le mécanisme de la floculation en général, qui montre l'évolution nouvelle de la biologie, empruntant à la chimie physique l'originalité et la précision de ses méthodes. Les auteurs avaient décrit antérieurement une méthode de floculation appliquée à la syphilis ; cette technique de floculation a une portée générale en biologie. Elle a une application pratique immédiate dans de nombreux cas. L'addition au complexe « antigène-sérum correspondant » de résines diverses rend la floculation du sérum macroscopique, appréciable sans appareil d'optique. Cette méthode donne des résultats aussi précis que les procédés compliqués. Pour ce qui concerne la syphilis, la méthode a été jugée sur l'examen de 3.000 sérums : résultats confrontés avec la clinique et les autres méthodes sérologiques.

H. Rabeau.

Archives de Médecine des enfants (Paris).

Nouveaux moyens de diagnostic précoce de l'hérédo-syphilis occulte, par G. Alarcon. *Archives de Médecine des enfants*, t. XXXII, n° 10, octobre 1929, pp. 589-594.

La présence d'un ou deux signes isolés n'autorise pas le médecin de porter un diagnostic aussi lourd de conséquences. L'auteur a décrit sous le nom de dyspepsie transitoire des nourrissons une affection courante avant le 90e jour de la vie, due à la physiologie spinale spéciale de la première enfance et tenant à l'insuffisance pyramidale physiologique propre au nouveau-né. De la troisième à la neuvième semaine, après les tétées, en plus de régurgitations et du hoquet habituels, apparaissent du météorisme, des coliques et de la vomiturition, puis de la diarrhée. L'auteur décrit trois phases à ce syndrome et ajoute que : tout nourrisson qui souffre de façon prématurée, exagérément et pendant trop longtemps des phénomènes de la dyspepsie des nourrissons, est probablement un hérédo-syphilitique.

1° La précocité de cette dyspepsie que seul le traitement spécifique soulage constituant le signe de Sisto ; 2° l'exagération et l'installation

très rapide avant le 21e jour ; 3° la prolongation de cette dyspepsie au delà du 90e jour sont des présomptions de syphilis.

Ces trois éléments réunis sont une certitude d'infection. Ce peut être l'amibiase, le paludisme, etc., mais surtout et avant tout la syphilis.

En général, la dyspepsie transitoire du nourrisson est suivie dans ces cas par la maladie des vomissements habituels : elles guérissent l'une et l'autre par le traitement. A. Bocage.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

A propos des centres de malariathérapie, par J. Lépine. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 3e série, t. CII, 93e année, n° 34, 29 octobre 1929, pp. 228-232.

L'auteur fait quelques critiques à la circulaire ministérielle prescrivant l'organisation des centres de malariathérapie dans les services de syphiligraphie, et l'inconvénient qu'il y a à assimiler à ce point la syphilis commune et la paralysie générale précoce sans tenir compte des difficultés du diagnostic de cette dernière et des précautions que comporte son traitement.

M. Guillain s'associe à ces observations, rappelant les dangers de la malaria dans le traitement des autres formes de la syphilis nerveuse ou artérielle.

Il pense aussi qu'il faut rattacher les centres de malariathérapie aux services de neuro-psychiatrie.

M. Ravaut fait remarquer qu'il ne serait pas juste de réserver la malariathérapie aux malades atteints de signes cliniques en négligeant ceux qui ne présentent encore que des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien, car de plus en plus la tendance est de traiter les futurs paralytiques généraux dès ce stade purement humoral avant l'apparition des signes cliniques.

M. Chauffard demande à ce propos si la simple constatation d'une lymphocytose avec hyperalbuminose rachidienne avec Bordet-Wassermann positif paraît un motif suffisant pour recourir à la malariathérapie. Pour lui, il trouverait pareille tentative prématurée et bien risquée, d'autant que ceux de ces sujets qui deviennent tabétiques ou paralytiques généraux sont relativement le petit nombre.

M. Guillain pense de même sur ce dernier point et ne croit pas rationnel d'appliquer la malariathérapie à tous les anciens syphilitiques présentant une réaction méningée rachidienne. Le risque mortel de la malariathérapie est acceptable dans la paralysie générale en raison de son pronostic si péjoratif, mais il ne saurait être proposé pour le traitement d'une syphilis nerveuse curable par les moyens ordinaires, et encore moins pour le traitement des anciens syphilitiques qui, sans symptômes cliniques, n'ont qu'une légère réaction méningée décelable seulement par la ponction lombaire.

A la suite d'interventions de MM. L. Bernard et H. Claude sur des points d'ordre administratif, l'Académie vote le vœu proposé par M. Lépine « que ces centres de malariathérapie soient institués *en premier lieu* dans les services hospitaliers de neuro-psychiatrie normalement destinés aussi bien au choix des malades à soumettre à cette méthode qu'à l'exécution du traitement ». A. Bocage.

Bulletin Médical (Paris).

La vaccination locale et buccale dans le traitement des métrites, par X. Colaneri. *Bulletin Médical,* 43e année, n° 43, 12 octobre 1929, p. 1081.

Pour C., ce traitement comporte trois stades simultanés : 1° traitement local au niveau de l'utérus par instillation intra-utérine de vaccin ; 2° traitement intestinal, absorption d'un vaccin buccal, régime alimentaire destiné à combattre les putréfactions et les fermentations intestinales ; 3° traitement général. H. Rabeau.

De l'influence de la radiothérapie sympathique sur certaines manifestations cutanées de la syphilis, par J. Gouin, A. Bienvenue et P. Daoulas. *Bulletin Médical,* 43e année, n° 46, 31 octobre 1929, p. 1150.

Contribution expérimentale à l'étude de la radiothérapie sympathique disent les auteurs : « Si nous prouvions que la radiothérapie a une action modificatrice même temporaire dans un sens ou dans l'autre (exacerbation ou diminution) sur une roséole par exemple, comme on ne peut croire qu'il s'agisse d'une action directe sur les tréponèmes pour les attirer ou les faire fuir, ce serait une preuve ajoutée aux autres de son action sur le sympathique. » Les expériences des auteurs, dont ils rapportent le détail, ont montré que l'on pouvait provoquer une atténuation, une disparition temporaire ou une exacerbation des manifestations cutanées de la syphilis. L'atténuation s'est produite après irradiation axiale nue qui provoque une hyperleucocytose, l'exacerbation après irradiation régionale qui entraîne une leucopénie.

H. Rabeau.

Lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie, par Clément Simon. *Bulletin Médical,* 43e année, n° 46, 31 octobre 1929, p. 1141.

Traiter un furoncle n'est pas chose si facile dit-il. Le difficile est de n'y pas toucher. S'abstenir de bistouri, galvano, ventouse de Bier. Pansements locaux émollients sur pâte camphrée, et laisser évoluer. Mais la furonculose est une véritable maladie. La vaccination a donné à S. des désillusions, l'auto-hémothérapie lui a donné des résultats certains, et il insiste sur l'importance qu'il y a à injecter une petite quantité *dans le derme.* La chimiothérapie a ses préférences ; elle lui a donné des résultats rapides. Il injecte dans les veines trois fois par semaine un centicube d'une solution de sulfate de cuivre ammoniacal au centième. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

Contribution au traitement de la sclérodermie par l'hémocrinothérapie, par Freduman. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, 1929, n° 12, p. 282.

Observation intéressante d'une malade de 34 ans, atteinte de sclérodermie typique, ayant débuté il y a 4 ans. La malade fut légèrement améliorée par un traitement alterné de rayons X et d'ultra-violets associés à la radiothérapie. F. en présence de signes d'insuffisance ovarienne nette injecte à la malade son propre sang additionné d'extraits ovariens choisis. Après 28 injections, l'état de la malade fut transformé, la peau détendue, les mouvements rendus possibles.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux (Paris).

La pyrétothérapie avec levure de bière dans la paralysie générale. Bilan de 5 ans, par C. I. Urechei et S. Mihalescu. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 3e série, 45e année, n° 25, 22 juillet 1929, p. 1052.

Les auteurs utilisent comme agent pyrétogène la levure de bière du commerce en émulsion à 1 o/o dans l'eau distillée. Ils injectent par voie veineuse une suspension fraîche, à dose progressive commençant par 0 cc. 3 pour tâter la susceptibilité individuelle de façon à arriver à obtenir une température de 40°. Ils font de 8 à 15 injections. 223 malades traités : 8,58 o/o de guérisons, 36,7 améliorations.

Cette méthode pyrétogène a été aussi expérimentée avec succès dans les névralgies *a frigore*, dans le rhumatisme subaigu et quelques cas de blennorragie.

H. Rabeau.

Méningite aiguë hérédo-syphilitique tardive chez une Gynandre, par F. Trémolières, A. Tardieu et P. Véran. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 3e série, 43e année, n° 25, 22 juillet 1929, p. 1063.

Observation curieuse d'une pseudo-hermaphrodite de 26 ans, qui présenta une méningite aiguë évoluant sans fièvre et qui guérit en un mois par l'administration quotidienne de cyanure intraveineux. La malade conserva une paralysie du nerf cochléaire rebelle à tout traitement. Les réactions biologiques du sang et du liquide céphalo-rachidien furent constamment négatives, mais les stigmates dystrophiques et la rapide amélioration sous l'influence du traitement mercuriel incitent à discuter l'origine hérédo-syphilitique.

H. Rabeau.

Erythème polymorphe avec streptococcémie, par L. de Gennes et Mlle Dreyfus-Sée. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 3e série, 45e année, n° 25, 22 juillet 1929, p. 1083.

On sait combien l'érythème polymorphe peut être le symptôme d'infections diverses ; cette observation est intéressante à plusieurs titres.

Les auteurs ont pu déceler par hémoculture, la présence d'un streptocoque, non hémolytique, peu virulent. Il semble que ce passage du streptocoque dans le sang soit extrêmement rapide. Plusieurs hémocultures pratiquées ultérieurement ont été négatives. Le début de cet érythème infectieux fut abdominal, analogue à celui des purpuras rhumatoïdes. On observa par la suite des éléments érythémateux circinés siégeant sur la face et le dos, certains d'aspect érysipélateux, des nouures à localisation péri-articulaire et des arthralgies. L'évolution fut relativement bénigne, la durée de l'affection ne dépassa pas trois semaines.

H. Rabeau.

Essai de traitement des staphylococcies cutanées par les lysats-vaccins, par Ch. Flandin et L. Duchon. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 3e série, 45e année, n° 25, 22 juillet 1929, p. 1109.

Les auteurs ont depuis trois ans observé combien le pouvoir immunisant du staphylocoque est plus élevé, lorsque cet antigène est donné à l'organisme sous la forme de lysats. Ils publient quelques-unes de leurs observations qui montrent comment la vaccinothérapie par les lysats de staphylocoques est susceptible de modifier l'évolution de certaines staphylococcies tenaces. La voie profonde leur paraît devoir être toujours préférée et précéder l'application locale du vaccin. Celle-ci doit être réservée aux staphylococcies superficielles, épidermiques. M. Jausion a obtenu d'excellents résultats par la même méthode des lysats-vaccins, mais il préfère un rythme d'injections plus lent.

H. Rabeau.

Considérations sur un cas de sténose pylorique syphilitique, par Ch Dumitresco et Al. Stefaniou. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 3e série, 45e année, n° 25, 22 juillet 1929, p. 1049.

Le dépistage de la syphilis dans les affections gastriques est d'une importance capitale du fait des heureux résultats du traitement spécifique dans ces cas. Le malade dont l'observation est publiée, est un homme de 37 ans, présentant des phénomènes de sténose pylorique avec anachlorhydrie et hypo-acidité marquées. La constatation d'une aortite fit rechercher la syphilis qui fut confirmée par la séro-réaction. Un traitement spécifique amena la guérison des signes objectifs. Radiologiquement, il s'agit vraisemblablement d'une gomme siégeant sur l'antre pylorique ; les adhérences périgastriques qu'elle a déterminées et sa cicatrisation ont entraîné la déformation et le rétrécissement de l'antre pylorique.

H. Rabeau.

Transmission fortuite du paludisme inoculé dans un service hospitalisé, par P. Chevallier et R. Schwob. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 3e série, 45e année, n° 27, 28 octobre 1929, p. 1189.

Observation d'une malade de 26 ans atteinte de parkinson post-encéphalitique chronique, qui hospitalisée depuis le 6 août fait le 11 septembre un accès paludique typique. Ce paludisme non voulu provient

des paludéens voisins. L'origine de la contamination prête à discussion. Alors que Brumpt admet une contamination par faute d'asepsie, le germe ayant été apporté par une aiguille, les auteurs admettent plus volontiers l'infection par moustiques.

De tels faits très exceptionnels ne sauraient être invoqués contre l'extension de la méthode de Wagner-Jauregg.

H. Rabeau.

Gazette des Hôpitaux (Paris).

Paralysie des six derniers nerfs crâniens et du sixième gauche par tumeur nævique du conduit auditif à marche très lente, par H. Roger, P. Masini et Y. Poursines. *Gazette des Hôpitaux*, 102e année, n° 81, 9 octobre 1929, p. 1433.

Courte observation d'un homme de 55 ans qui commence à présenter en 1916 un suintement intermittent de l'oreille gauche ; en 1923, épaississement du tragus sans modifications de la peau et néoformation dans le conduit auditif.

Après coagulation la néoformation se reproduit malgré radio et radiumthérapie en 1929. A cette époque paralysie faciale complète ayant débuté en 1926, dysphagie, paralysie de l'hémivoile, de la corde vocale, du trapèze, hémiatrophie linguale ayant débuté en 1928. De plus, parésie des muscles de la racine scapulaire gauche et douleurs dans le territoire du maxillaire inférieur.

La biopsie faite en 1924 montre qu'il s'agit d'une tumeur épithéliale rappelant par son organisation les éléments des tumeurs næviques au début de leur dégénérescence.

Le malade présente une tuméfaction large comme une mandarine datant d'un an obstruant complètement le conduit auditif et semblant se développer aussi vers l'intérieur du crâne. A. Bocage.

Journal de Médecine de Paris.

Le traitement du prurigo-strophulus par Madame Nelly-Vassen. *Journal de Médecine de Paris*, 49e année, n° 44, 31 octobre 1929, p. 921.

Dans sa thèse faite dans le service du Dr Ribadeau-Dumas, l'auteur a longuement étudié cette question. L'éclosion du prurigo-strophulus tient à deux grandes causes : 1° une erreur alimentaire ; 2° un terrain préparé. La thérapeutique devra donc répondre à cette double étiologie. D'abord corriger la diététique, presque toujours défectueuse à laquelle le petit malade a été soumis et régler les apports nutritifs par un régime alimentaire bien équilibré. Pour l'auteur, les perturbations digestives déterminées par un régime vicié sont à la base des dermatoses prurigineuses de l'enfance. Ensuite traiter les troubles hépatiques ou endocriniens, les intoxications ou infections qui ont pu créer un terrain favorable au prurigo. Tout cela s'ajoutant aux prescriptions d'hygiène générale. H. Rabeau.

Journal d'Urologie (Paris).

La chylurie dans la syphilis vésicale, par Belmiro VALVERDE (Brésil). *Journal d'Urologie,* t. XXVIII, n° 4, octobre 1929, p. 297.

Cas fort rare de chylurie (le premier, dit l'auteur) dans lequel ce syndrome était la seule manifestation apparente d'une syphilis vésicale. Le diagnostic ne saurait être posé sans le secours de la cystoscopie, et après que l'étiologie filarienne a été éliminée. Cette forme de chylurie cède d'ailleurs rapidement au traitement spécifique, mais il importe de connaître sa possibilité. H. RABEAU.

Presse Médicale (Paris).

La pyrétothérapie dans les maladies du système nerveux, par B. PAULIAN. *Presse Médicale,* 37e année, n° 85, 23 octobre 1929, p. 1375.

Dans cette conférence faite aux Journées Médicales de Paris, P. passe en revue les principaux agents pyrétogènes et les résultats obtenus dans les affections du système nerveux comparativement à ceux fournis par la malariathérapie. Il estime que la malariathérapie est le traitement de choix de la paralysie générale, de la syphilis méningo-encéphalique et de la tabo-paralysie. La pyrétothérapie non malarique constitue un adjuvant précieux de la méthode offrant cet avantage de pouvoir déclencher et doser à volonté l'hyperthermie suivant les indications spéciales à chaque cas. H. RABEAU.

Les deux grandes étapes de la neuro syphilis : période biologique, période clinique, par PAUL RAVAUT. *Presse Médicale,* 37e année, n° 86, 26 octobre 1929, p. 1391.

On ne dira jamais assez la valeur des travaux de R. sur le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, et l'importance de cette prévision, qu'il eut dès 1903, de l'existence de ces réactions méningées précliniques. Ces notions ne furent guère admises au début, mais avec une patience, une méthode remarquables, R. poursuivit ses recherches, accumula les faits, recueillit des observations (certaines suivies depuis plus de 15 ans) et acquit ainsi une documentation d'une richesse unique. En 1914, il dégageait cette notion capitale dans l'évolution de la syphilis nerveuse, celle de la période *préclinique.* Il établit, s'appuyant sur des faits indiscutables, qu'il existe dans la syphilis une période pendant laquelle cette évolution ne se traduit par aucun signe clinique et ne peut être décelée que par la ponction lombaire. Période d'incubation, si l'on peut dire, pouvant durer des années, avant la période d'éclosion, révélée par le premier signe clinique. « En matière de syphilis nerveuse, dit-il, le signe biologique précède presque toujours le signe clinique. »

Dans ce mémoire, R. montre les principales étapes de ses recherches sur cette question. Cette notion, qu'il établit, de la précession

des signes cliniques sur les signes biologiques, après avoir été discutée, a été adoptée par de nombreux neurologistes psychiatres qui, sous des termes inutilement différents l'ont désignée. Tous sont d'accord maintenant pour s'attacher au diagnostic précoce de la syphilis nerveuse.

« Mais, fait remarquer R., le terme de *préclinique* dont je me sers depuis 1914, prête le flanc à la critique, comme tous les autres termes tirés de cette conception, puisqu'il comporte un pronostic évolutif que l'étude des réactions méningées latentes ne permet pas, à l'heure actuelle, de porter. »

Aussi propose-t-il de distinguer deux étapes : phase ou période biologique de la neuro-syphilis et phase clinique.

On verra dans des mémoires qu'il annonce, toutes les déductions qu'il a pu tirer de l'ensemble de ses recherches. Le fait capital, n'a-t-il pas été de révéler qu'il existe un stade embryonnaire de la neuro-syphilis, que seule la ponction lombaire permet de mettre en lumière.

H. Rabeau.

Journal de Médecine de Lyon.

La granulie pulmonaire syphilitique, par Gaté, Dechaume et H. Gardère. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 235, 20 octobre 1929, p. 657.

Cette forme rare simule la granulie tuberculeuse : fièvre, dyspnée, cyanose aboutissant à une mort rapide.

On trouve dans les poumons des granulations dont le volume, la multiplicité sont ceux des granulations grises de Laënnec. Leur étude histologique et bactériologique permet de les rattacher à la syphilis.

Une observation de Favre prouve qu'il y a des granulies syphilitiques curables.

Jean Lacassagne.

Lyon Médical.

Un cas d'érythème pellagroïde, par Gaté et P. Michel. *Lyon Médical*, t. CXLIV, 61e année, n° 42, 20 octobre 1929, p. 465.

Il s'agit d'une pellagre fruste caractérisée par un érythème symétrique de la face dorsale des mains et des poignets, un amaigrissement marqué et une asthénie musculaire et psychique. Pas de troubles nerveux nets.

Pour les auteurs l'hérédo-syphilis aurait peut-être joué un rôle à l'origine de ces manifestations.

Jean Lacassagne.

Un nouveau cas de pellagre, par J. Nicolas et Roger Froment. *Lyon Médical*, t. CXLIV, 61e année, n° 42, 20 octobre 1929, p. 464

Femme de 34 ans, éthylique, se nourrissant exclusivement d'œufs et de vin sucré. En décembre 1928 a présenté une anorexie extrêmement marquée. Au début du printemps 1929, une éruption à type pellagroïde est survenue. Enfin on note chez cette malade des troubles nerveux (atrophie des membres inférieurs interdisant la marche, grande exagération des réflexes) et des troubles psychiques caractérisés

par un état confusionnel et mélancolique. N. et F. considèrent que l'insuffisance qualitative et quantitative de l'alimentation, jointe à l'éthylisme, sont le facteur étiologique principal de la pellagre.

JEAN LACASSAGNE.

Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifiliografia (La Havane).

Granulome annulaire chez deux sœurs. Note clinique (Granuloma anular en dos hermanas. Nota clinica), par B. SAENZ et A. OTEIZA. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifiliografia*, vol. I, n° 2, août 1929, p. 142, 3 fig.

L'existence d'un granulome annulaire chez deux sœurs est un exemple nouveau, mais peu fréquent, du caractère familial que peut présenter cette affection. On ne trouve aucun antécédent, ni aucun signe de tuberculose. Les réactions de Wassermann et de Kahn sont fortement positives.

J. MARGAROT.

A propos du traitement de l'herpès zoster par le néo-salvarsan (A proposito del tratamiento del herpes zoster por el neo-salvarsan), par Frederico ORDETX. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifiliografia*, vol. I, n° 2, août 1929, p. 139.

Les bons résultats obtenus par Milian dans le traitement du zona par le novarsénobenzol ont incité l'auteur à faire l'essai de cette thérapeutique.

Chez trois malades n'ayant aucun antécédent syphilitique et présentant une réaction de Wassermann négative, une seule injection de néosalvarsan a supprimé la douleur dans les vingt-quatre heures et entraîné une dessiccation des vésicules en quelques jours.

Un quatrième cas se rapporte à une femme qui, malgré un Wassermann négatif au moment de l'éruption zostérienne, était vraisemblablement syphilitique : trois ans auparavant, elle avait subi un traitement spécifique à la suite de quatre avortements. Chez elle, une injection de 0,30 de novarsénobenzol fait flétrir les vésicules, dès le lendemain, mais augmente les douleurs névralgiques. Celles-ci disparaissent après une nouvelle injection, à la dose de 0,45. Ce fait se superpose partiellement à une observation de Milian, dans laquelle se trouve notée une véritable réaction d'Herxheimer avec aggravation des lésions cutanées et des phénomènes douloureux.

J. MARGAROT.

Observation de lymphogranulomatose manifestée par une pleurésie récidivante (Obervation de linfogranulomatosis manifestada por une pleuresia recidivante), par Puente DUANY, F. MILANES, R. LAVIN et R. LEDON. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifiliografia*, vol. I, n° 2, août 1929, p. 128, 5 fig.

Un malade succombe après une maladie essentiellement caractérisée

par une pleurésie récidivante, dont le liquide présente les caractères cytologiques d'une série tuberculeuse séro-fibrineuse. L'examen nécropsique met en évidence une granulie avec nécrose centrale des éléments, mais sans structure folliculaire.

Malgré certaines ressemblances, il ne s'agit pas de lésions bacillaires, mais d'une granulie lymphogranulomateuse. J. Margarot.

Diagnostic différentiel des adénopathies cervicales (Diagnostico differencial de las adenopatias cervicales), par Socrates Rosell. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifiliografia*, vol I, n° 2, août 1929, p. 117.

Après avoir différencié les adénopathies cervicales de toutes les tuméfactions de même siège et précisé la nature ganglionnaire de l'affection, S. R. passe en revue quatre groupes de faits :

1° *Les adénopathies localisées sans périadénite* répondent le plus souvent à une adénite syphilitique primaire, à une tuberculose atténuée ou à une adénite chronique banale.

2° *Les adénopathies fébriles généralisées sans périadénite* orientent le diagnostic vers un lymphoblastome aigu leucémique ou aleucémique, ou vers une maladie de Hogdkin.

3° *Les adénopathies généralisées apyrétiques sans périadénite* limitent la discussion à l'adénopathie syphilitique secondaire et aux lymphoblastomes chroniques leucémiques ou aleucémiques.

4° *Les adénopathies localisées avec périadénite* ont pour origine soit une inflammation banale aiguë, soit le cancer, soit la tuberculose, soit la syphilis (adénite syphilitique tertiaire) soit une lymphosarcomatose. J. Margarot.

Sur une forme clinique atypique de pityriasis rosé dans la race noire (Sobre una forma clinica atipica de pitiriasis rosea en la raza negra), par Juan Grau et Guillermo G. Peris. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifiliografia*, vol. 1, n° 2, août 1929, p. 112, 2 fig.

Il existe deux types de pityriasis rosé de Gibert papuleux dans la race noire.

Le premier présente une évolution analogue à la forme papuleuse observée dans la race blanche. Il n'est pas très fréquent. Le diagnostic différentiel doit être fait surtout avec la forme circinée de la dermatite séborréique.

Le second type, qui fait l'objet du présent travail, se distingue par l'évolution plus torpide des papules, par des croûtes noires adhérentes et par l'absence de squames fines. Il est plus fréquent que le premier et peut prêter à confusion avec la syphilis à papules profondes.

J. Margarot.

Sur la clinique, l'histologie et le diagnostic différentiel du pseudo-xanthome élastique (Sobre clinica, histologia y diagnostico diferencial del pseudoxantoma élastico), par Braulio Saenz et J Castro Palomino. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifiliografia*, vol. I, n° 2, août 1929, p. 100, 7 fig.

Cas typique de pseudo-xanthome élastique. Le diagnostic se fonde sur les caractères spéciaux des éléments éruptifs (larges placards de coloration jaunâtre avec éclaboussures roses ou lilacées, surfaces atrophiques avec, par endroits, relâchement cutané, saillies papuleuses de la dimension d'un grain de mil, occupant surtout la périphérie des placards) et par leur siège symétrique sur le cou et dans le voisinage des grands plis articulaires.

L'examen histologique met en évidence les lésions essentielles de l'élastorrhexis, telles que les a décrites Darier (altération du réseau élastique des parties profondes du chorion, avec gonflement, bourgeonnement et fragmentation des fibres). Cette altération est toujours constante et prédominante. Elle ne s'accompagne ni de l'infiltration calcaire, ni de la dégénérescence graisseuse qui ont été signalées par divers auteurs et qui constituent vraisemblablement des altérations accidentelles et secondaires.

L'observation n'apporte aucune donnée nouvelle permettant d'adopter l'une des diverses interprétations pathogéniques proposées (dystrophie congénitale de Gutmann, Werther ; atrophie secondaire de Darier ; hyperplasie élastique de Juliusberg). J. Margarot.

Contribution à l'étude du traitement du tabès et de la paralysie générale progressive par le mercure colloïdal intrarachidien (Contribucion al estudio del tratamiento de la tabes et de la paralisis general progresiva por el mercurio colloïdal intra raquideo), par Roberto Quero. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifiliografia*, vol. I, n° 2, août 1929, p. 87.

Un tabétique et un paralytique général ont été traités par des injections intrarachidiennes de mercure colloïdal.

Dans les deux cas on a obtenu une notable amélioration des réactions sérologiques et de la formule cytologique, une diminution de l'albumine et plus spécialement de la globuline.

Au point de vue clinique, l'amélioration a été insignifiante chez le premier malade, mais très nette chez le second. La valeur de ce traitement se montre très supérieure dans ce cas à celle des autres méthodes antérieurement mises en œuvre, y compris la malariathérapie. Le fait confirme pleinement les résultats de même ordre obtenus par Marcel Pinard, Vernier et Mlle Versini.

Les phénomènes réactionnels consécutifs à l'injection rachidienne, malgré leur allure parfois dramatique, peuvent être atténués par une thérapeutique appropriée. J. Margarot.

Revista das Clinicas (Rio de Janeiro).

Aspects et symptômes de la lèpre dissimulée (Aspectos e symptomas de lepra dissimulada). Mémoire présenté à l'Académie nationale de Médecine par Joachim Motta. *Revista das Clinicas*, 1929, 77 pages.

Deux citations, en français dans le texte, résument l'esprit de ce

travail : « Nous ne devons pas craindre, affirme Mauro Guillain, que l'on se figure que nous voyons la lèpre partout ». De son côté Muir écrit : « Il y a de nombreuses variétés de lésions qui apparaissent aux différents stades de la maladie et qui n'ont jamais été décrites ni classées ».

J. M. insiste d'abord sur l'importance et les difficultés du diagnostic. Il passe ensuite en revue les différentes formes, dont la véritable nature serait souvent méconnue, si l'on ne songeait pas systématiquement à la lèpre. Son étude se base sur un volumineux dossier d'observations qui ne compte pas moins de 1.737 fiches.

Lèpre latente. — Une première précision établit l'existence d'une phase de latence, qui prolonge l'incubation proprement dite, sans qu'il soit souvent possible de tracer une ligne de démarcation entre l'une et l'autre. Cette notion de « lèpre latente » est relativement récente. Quel que soit le mode de contagion, l'infection se généralise par la voie lymphatique, envahissant le tissu conjonctif, ou se cantonnant dans un organe, avant qu'apparaissent les signes cliniques. Seuls se manifestent quelques symptômes vagues et sans caractère spécifique, qui constituent les prodromes (poussées fébriles, crises sudorales, céphalée, tendance au sommeil, prostration, anémie, etc.).

Sur le total des cas recueillis dans les archives dont dispose l'auteur, la fièvre est signalée dans 5 o/o seulement d'entre eux ; l'épistaxis dans 3,6 o/o ; la rhinite dans 2,5 o/o ; les douleurs rhumatoïdes dans 1,4 o/o ; les névralgies dans 0,8 o/o ; le prurit généralisé dans 0,7 o/o. Les phénomènes prodomiques les plus fréquemment observés sont les paresthésies (26,9 o/o). Chez un malade, on note une éruption cutanée à type d'érythème polymorphe. Après cette première phase commence la période clinique de la lèpre.

Lèpre commençante. — La lèpre commençante (*lepra incipiens*) peut avoir comme première manifestation une rhinite. Le fait a servi de point de départ à la théorie nasale, d'après laquelle la pénétration du bacille se ferait par la muqueuse pituitaire.

La statistique de l'auteur indique un pourcentage assez faible pour ce mode de début (6,27 o/o avec 3,6 o/o d'épistaxis). Par contre, chez des malades atteints depuis peu de temps, la rhinite coexiste avec d'autres signes indubitables dans 35 o/o des cas, avec présence du bacille de Hansen dans la proportion de 28 o/o.

D'autres fois, l'infection paraît commencer par une lésion cutanée locale et unique, qui peut présenter des aspects différents (tache érythémateuse, érythémato-pigmentaire ou achromique, infiltration diffuse ou limitée et papuleuse, tubercule ou bulle).

Dans la pratique la lèpre débute par des lésions cutanées multiples (taches érythémateuses dans 70 o/o des cas, taches pigmentaires dans 10 o/o, tubercules dans 12 o/o, bulles dans 2,8 o/o, ulcères dans 2,5 o/o, mal perforant plantaire dans 1,6 o/o).

Chez quelques malades, l'invasion est annoncée par une éruption

maculeuse généralisée qui, comme le remarque Jeanselme, « peut être assimilée à une dermatose quelconque ». Dans plusieurs observations, elle revêt les caractères d'une roséole syphilitique.

Ce ne sont pas seulement des tubercules dermiques que l'on peut rencontrer, mais des lépromes hypodermiques, ressemblant à des gommes syphilitiques, des papules lenticulaires, prêtant à confusion avec les manifestations de la syphilis secondaire.

Certaines éruptions présentent les caractères d'un érythème polymorphe ou d'un érythème noueux.

Au premier plan des manifestations nerveuses ou trophiques, qui peuvent constituer les premiers symptômes de la lèpre, se trouvent les névrites, qui donnent lieu à des phénomènes variés (douleurs de caractère névralgique, paresthésies, prurit, et, plus tard, anesthésies, atrophies musculaires, paralysies, etc.).

A côté des manifestations classiques bien connues, il convient de signaler comme manifestations initiales de la lèpre l'atrophie de l'orbiculaire des paupières, une déformation des doigts, réalisant le syndrome de la camptodactylie et le mal perforant plantaire.

Lèpre fruste. — La lèpre peut être fruste ou abortive, se réduisant pendant des années à un ou deux symptômes de peu d'importance. Ces formes sont assez mal connues. Il convient de les chercher systématiquement dans les pays où la lèpre est endémique, car ordinairement, les malades ne consultent pas le médecin pour des manifestations aussi légères.

Les frontières de ces formes mono ou oligo-symptômatiques sont d'ailleurs imprécises. La question n'est pas résolue de savoir s'il faut ranger dans le cadre de la maladie certains morphées, certaines atrophies analgésiques, certaines sclérodermies, ou même des affections comme la syringomyélie et l'aïnhum.

Lèpre atypique. — La lèpre peut être atypique par son évolution (formes aiguës, fébriles), par des localisations exceptionnelles (cuir chevelu, régions palmaires et plantaires), par la forme des manifestations cutanées qui prennent l'apparence de la pellagre, du lichen plan, du psoriasis, du molluscum fibreux ou contagieux, d'une sarcomatose, d'une lymphadénie, de certaines formations verruqueuses, de l'ichtyose, de l'eczéma craquelé, de certains états éléphantiasiques des membres inférieurs, du lupus tuberculeux, etc.).

Enfin, certaines lésions se rapprochent cliniquement et histologiquement d'éléments appartenant au groupe des tuberculides, et revêtent l'aspect de lupoïdes, de sarcoïdes cutanées, d'un érythème induré, ou d'un *lichen scrofulosorum*. J. MARGAROT.

Bruxelles Médical.

La désensibilisation par la protéinothérapie associée à la chimiothérapie dans certaines affections cutanées, par GÉRARD (Bruxelles). *Bruxelles Médical,* 9e année, n° 50, 13 octobre 1929, p. 1402.

L'auteur utilise un sérum de lait urénilé, le lacrénile, qui a l'avantage d'associer le pouvoir anti-infectieux de l'urénile (hexaméthylène-tétramine) à celui du « choc » produit par le sérum de lait. Ce médicament employé à doses progressives, en injections intramusculaires deux fois par semaine, lui a donné des résultats remarquables. Voici ses chiffres : urticaire, 100 o/o de guérisons ; psoriasis, 50 o/o, puis viennent les eczémas diffus ou chroniques dans lesquels G. a obtenu de beaux succès. H. Rabeau.

Les obstacles à la lutte antisyphilitique concertée, par A. Schwers (Liége). *Bruxelles Médical*, 9e année, n° 49, 6 octobre 1929, p. 1375.

Les obstacles, dit S., viennent du malade et aussi du médecin. Le malade, il faut l'instruire ; les ligues contre le péril vénérien ont entrepris l'éducation du public, et la gratuité des consultations et des traitements devrait à la longue modifier la mentalité de ce malade, qui bien souvent après sa première cure, abandonne le traitement. Du côté médical le manque de méthode sévit. « La mutualité exige du médecin un travail forcé incompatible avec le plein exercice de sa profession ». Enfin le laboratoire a un rôle néfaste en ce sens qu'il supprime pour beaucoup l'examen clinique méthodique, alors que clinique et sérologie devraient toujours aller de pair et se contrôler.

H. Rabeau.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Un cas de filaire du sang chez l'homme observé à Hajdunanas (Hongrie) (Filaria sanguinis hominis in Hajdunanas (Hungarn), par E. Neuber. *Wiener Klinische Wochenschrift*, n° 44, 31 octobre 1929, p. 1398, 8 fig.

La filaire de Bancroft n'a été que très rarement rencontrée en Europe (Barcelone, Sicile). Dans le cas de N., il s'agit d'un paysan de 57 ans, qui a fait la guerre, mais n'a jamais été dans les contrées tropicales. Mais en 1917, il a été, à Debregen, en contact avec des soldats turcs d'origine asiatique. Début en juin 1923, par un frisson, douleurs, tuméfaction du scrotum, crampes du dos. Bientôt apparition de plusieurs vésicules superficielles sur la peau des bourses. Actuellement, 1929, éléphantiasis du scrotum et du pénis, suivi de nombreuses vésicules claires, de saillies verruqueuses, etc. Dans le sang, on découvre des filaires typiques, des deux sexes. Sur les préparations histologiques des vésicules, altérations lymphangiectasiques où l'on ne découvrit pas de filaires. Les filaires, avant de se manifester par des accidents érysipéloïdes aigus peuvent rester longtemps cantonnées dans le système lymphatique où elles provoquent des oblitérations. On sait que la transmission s'opère, dans les tropiques, par l'intermédiaire du *culex fatigans*, voisin de notre *culex pipiens*. Le traitement n'a pas donné grands résultats. Ch. Audry.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Diplégie faciale au cours d'une syphilis secondaire (Diplegia facialis in early syphilis), par Strauss. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XX, n° 3, septembre 1929, p. 306.

La majorité des cas de paralysie faciale double au début de la syphilis ont été observés dans des conditions dites de « neurorécidive », c'est-à-dire après un traitement, le plus souvent arsenical. L'observation citée par S. concerne un cas de syphilis secondaire non traitée, en pleine activité, dans lequel la diplégie faciale existait concurremment avec une méningite secondaire multisymptomatique. S. Fernet.

Érythrodermie exfoliative due à la présence d'arsenic dans du papier de tenture (Dermatitis exfoliativa due to arsenic in wall paper), par Hallorne. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XX, n° 3, septembre 1929, p. 303.

Observation d'un cas d'érythrodermie généralisée due à la présence d'arsenic dans du papier recouvrant les murs d'une habitation et guéri après suppression de ce papier. Pour établir ce diagnostic étiologique, il ne suffit pas de constater la présence d'arsenic dans les urines ou les matières, il faut en constater la présence dans les squames.

S. Fernet.

Eczéma solaire dans un cas d'hématoporphyrinurie (Eczema solare in a case of hematoporphyrinuria), par Gœckerman, Osterberg et Sheard. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XX, n° 4, octobre 1929, p. 501.

Il s'agit d'une femme de 39 ans présentant en été, sur les parties découvertes du corps, une éruption urticarienne et vésico-papuleuse, prurigineuse, à la suite de chaque exposition au soleil. L'examen répété des urines montrait certains jours, la présence de traces d'hématoporphyrine. A la suite d'une irradiation de rayons ultra-violets, le taux d'hématoporphyrine augmenta de plus du double, mais cette augmentation ne se produisit pas après les irradiations ultérieures. Toutes les régions du corps furent successivement soumises à l'action des ultra-violets et l'on constata que l'éruption actinique ne se produisait que sur les régions précédemment atteintes ; malgré de multiples irradiations, il fut impossible de provoquer l'éruption caractéristique ailleurs que sur les régions habituellement découvertes.

Ce cas confirme la parenté de l'eczéma solaire avec l'hydroa vacciniforme dans lequel l'hématoporphyrinurie est constante. Il pose la question si la porphyrinémie est cause ou conséquence de la photosensibilisation. Au cas où, comme il est généralement admis, c'est l'hématoporphyrine qui serait la substance photosensibilisatrice, il faudrait admettre, cependant, une pathogénie plus complexe, pour expliquer le caractère exclusivement régional de ces éruptions.

S. Fernet.

Le Bismuth et la Néoarsphénamine dans la syphilis (Bismuth and Neoarsphenamine in syphilis), par SCHAMBERG. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XX, nº 4, octobre 1929, p. 432.

S. a eu connaissance d'un certain nombre d'accidents graves consécutifs à l'emploi des arsénobenzènes (ictère grave, encéphalite hémorrhagique, myélite). A ce propos il rappelle que, sur 20.000 injections de néoarsphénamine faites dans sa clinique, il n'a jamais observé d'accidents graves parce qu'il est toujours resté partisan des doses modérées et qu'il a abandonné l'emploi de l'arsphénamine (Salvarsan). La dose maxima de néoarsphénamine qui est employée par lui est de 0 gr. 60, le plus souvent il n'injecte que 0,45 et souvent 0,30 seulement. S. admet, en effet, que quelle que soit la qualité du produit, les risques sont moins grands avec des doses modérées. Il est du reste actuellement inutile de chercher à intensifier les traitements par des doses élevées, car ce résultat peut être obtenu avec moins de risques par l'association de la néoarsphénamine avec le Bi. S. applique cette méthode depuis sept ans et la considère comme la méthode de choix pour le traitement intensif de la syphilis. S. FERNET.

Érythème palmaire héréditaire ; les paumes des mains rouges (Erythema palmare hereditarium ; red palms), par LANE. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XX, nº 4, octobre 1929, p. 445.

Sous ce nom L. décrit une anomalie congénitale consistant en une rougeur diffuse des paumes des mains dont la peau est par ailleurs normale. Cette anomalie n'est pas extrêmement rare, elle est familiale ; son substratum anatomique doit consister en une malformation des capillaires cutanés et à ce titre elle ne peut être classée que parmi les nævi. S. FERNET.

Lichen scrofulosorum, par SKEER. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XX, nº 4, octobre 1929, p. 449.

S. a traité avec succès un *lichen scrofulosorum* par le thiosulfate double de Sodium et d'Or. S. FERNET.

La perlèche ; étude clinique et étiologique de cent cas (Perlèche ; a clinical and etiologic study of one hundred cases), par FINNERUD. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XX, nº 4, octobre 1929, p. 454, 20 fig.

F. a eu l'occasion d'étudier et de suivre 100 cas de perlèche au cours d'une épidémie dans un orphelinat. L'examen clinique de ces cas lui a montré, qu'en dehors de la lésion commissurale bien connue, on peut voir une lésion papuleuse de même nature, siégeant à quelques millimètres de la fissure ; dans certains cas, il a relevé l'existence d'une lésion fissuraire du sillon naso-génien qui, ultérieurement, s'est montrée de même nature que la perlèche. Certains cas, enfin, sont compliqués d'une éruption périorbiculaire du type des eczématides.

L'examen direct et les cultures pratiqués par cet auteur sur les lésions de perlèche ont décelé la présence d'un dermatophyte qui paraît devoir

appartenir au genre *Monilia* ou au genre *Cryptococcus*. La nature mycosique de la perlèche paraît d'autant plus probable qu'il est exceptionnel de la rencontrer simultanément avec d'autres lésions streptococciques comme par exemple l'impétigo. Dans l'orphelinat où 100 enfants sur 1.250 présentaient de la perlèche, aucun n'était porteur de streptococcie cutanée cliniquement appréciable. S. FERNET.

Étude des graisses dans le xanthome (Lipid studies in xanthoma), par WILE ECKSTEIN et CURTIS. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XX, n° 4, octobre 1929, p. 489.

Poursuivant leurs recherches sur le xanthome W., E. et C. constatent, d'après trois cas analysés, que le xanthome n'est pas, à proprement parler, un dépôt de cholestérine ; celle-ci ne s'y trouve qu'en très faible proportion par rapport aux autres graisses et lipoïdes et en moins grande quantité que dans la peau normale. Le xanthome est souvent observé en l'absence de toute hypercholestérinémie. Lorsque l'hypercholestérinémie existe, il y a hyperlypémie parallèle et, étant donné la faible proportion de cholestérine qui est trouvée dans le xanthome, il semble qu'il faille attribuer un rôle pathogénique à la lypémie totale plutôt qu'à la cholestérine seule.

Lorsque le xanthome existe sans diabète, la restriction des graisses alimentaires n'amène pas de modification dans les lésions. Chez les diabétiques et les sujets dont la tolérance aux sucres est diminuée, la restriction des graisses ne paraît pas non plus modifier les lésions, mais la restriction alimentaire générale, autrement dit un régime faible en calories, les influence toujours et peut même en amener la disparition. S. FERNET.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

L'onychomycose des pieds comme source de réinfection de l'épidermomycose interdigitale (Tinea of the toe-nails as a source of reinfection in tinea of the feet), par WILLIAMS et BARTHEL. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCIII, n° 12, 21 septembre 1929, p. 907, 6 fig.

Dans une série de 40 cas d'épidermomycose des pieds W. et B. ont trouvé des spores dans les ongles et attribuent le caractère récidivant de ces épidermomycoses à l'infection simultanée et occulte des ongles.

Cliniquement, ceux-ci peuvent être très peu modifiés et n'attirent pas l'attention des malades ; ils peuvent n'être qu'un peu décollés, ou épaissis ou soulevés par des amas cornés, leur surface peut être striée transversalement ou longitudinalement ; l'examen direct et les cultures y décèlent cependant la présence de dermatophytes dont la destruction présente les difficultés habituelles à cette localisation. Ces onychomycoses discrètes sont des sources de réinfection continuelles des plis avoisinants. S. FERNET.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Dermato-fibro-sarcome progressif et récidivant (Progressive and recurrent dermato-fibro-sarcoma), par USHER. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, n° 492, octobre 1929, p. 363.

Étude du dermato-fibrome ou dermato-fibro-sarcome protubérant à propos de deux nouveaux cas. S. FERNET.

The American Journal of Syphilis (Saint-Louis).

Erythrodermie post-arsénobenzolique avec gangrène (Arsphenamine dermatitis with gangrene), par ROBINSON. *The American Journal of Syphilis*, vol. XIII, n° 4, octobre 1929, p. 536.

R. cite l'observation d'une femme de 52 ans qui, à la suite de cinq injections de néoarsphénamine à 0 gr. 60 présenta une érythrodermie généralisée et une gangrène sèche de la main par artérite oblitérante. R. attribue cette gangrène à l'action de l'arsénobenzol.

S. FERNET.

La réactivation de la réaction de Wassermann (The Wassermann Test ; the provocative Wassermann reaction), par BELDING. *The American Journal of Syphilis*, vol. XIII, n° 4, octobre 1929, p. 541.

L'accord n'est pas fait sur la réalité et la valeur de la réactivation sérologique provoquée.

La plupart des réactivations paraissent résulter uniquement des fluctuations de la technique de laboratoire. Le contrôle rigoureux des réactions montre qu'en général les modifications subites de la réaction sont rares, aussi bien chez les syphilitiques traités que chez ceux qui ne le sont pas. Chez 338 malades traités, l'auteur n'a observé la réactivation par le traitement que dans 3,3 o/o des cas. Or, on observe à peu près la même proportion de fluctuations sérologiques en l'absence de toute cause de réactivation. Il semble donc erroné de se baser sur ces fluctuations passagères et du reste fort rares. Pour éviter les erreurs dont elles peuvent être responsables, il faut pratiquer des réactions répétées en série et exécutées suivant des techniques sélectionnées.

S. FERNET.

La réaction de Wassermann dans les épanchements articulaires (The Wassermann reaction in joint fluids), par KLING. *The American Journal of Syphilis*, vol. XIII, n° 4, octobre 1929, p. 596.

La valeur de la réaction de Wassermann, pratiquée sur les épanchements articulaires, n'est pas encore bien établie. Les traités de chirurgie ne mentionnent pas ce procédé de diagnostic ; les traités de sérologie se bornent à indiquer que cette réaction peut être pratiquée et que son résultat est toujours parallèle à celui du Bordet-Wassermann du sang. Cependant, on a signalé aussi que, dans certaines arthrites syphilitiques, le Bordet-Wassermann peut être positif dans l'épanchement alors qu'il est négatif dans le sang.

K. a pratiqué la réaction de Bordet-Wassermann sur 35 épanchements articulaires dont la majorité était d'origine traumatique. Il fixe à 0 cc. 1 la quantité optima de liquide nécessaire à la réaction, les quantités supérieures pouvant être anticomplémentaires ; lorsque la réaction est fortement positive, on peut même l'obtenir avec 0 cc. 025. Le liquide doit être inactivé à 56° pendant 30 minutes. Tous les résultats obtenus concordaient exactement avec les réactions faites simultanément sur le sang.

Il y a donc là un procédé de diagnostic qui pourrait être utilisé plus fréquemment en particulier par les chirurgiens.

S. Fernet.

La réaction de Kahn sur le liquide céphalo-rachidien (The Kahn reaction with spinal fluid), par Kahn et Dermott. *The American Journal of Syphilis*, vol. XIII, n° 4, octobre 1929, p. 557.

La réaction de Kahn, pratiquée sur le liquide céphalo-rachidien suivant la technique exposée par Kahn dans son livre, ne donnait pas entière satisfaction à son auteur.

Pour rendre la réaction plus sensible, K. conseille actuellement de faire une saturation plus complète du liquide par le sulfate d'ammonium et de saturer à 50 o/o au lieu de 40 o/o afin de précipiter plus complètement les globulines.

Ainsi pratiquée la réaction donne des résultats positifs d'une valeur absolue et des résultats négatifs d'une valeur relative.

S. Fernet.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur l'emploi de l'acétate de thallium dans le traitement des dermatomycoses (Ueber die Verwenndung des essigsauren Thalliums bei Pilzerkrankeigen), par Potaschnick. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVII, f. 1/2, octobre 1929, p. 64.

P. a employé l'acétate de thallium dans 50 cas de teigne (soit 42 favus) de 4 à 18 ans, avec de très bons résultats, du moins 47 fois. Il a eu 5 fois des accidents dont 3 très légers. La dose est de 8 milligrammes par kilogramme jusqu'à 15 ans. Il faut utiliser une préparation parfaite, éviter les malades en mauvais état et prendre des soins minutieux de nettoyage et d'antisepsie pour éviter les récidives.

Ch. Audry.

Sur la transmission de la syphilis à la troisième génération (Zur Frage der Uebertragung der Syphilis auf die dritte Generation), par P. Perkel et Oretschins *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVII, f. 1/2, octobre 1929, p. 47.

Après un historique étendu (mais cependant incomplet !) les auteurs montrent que théoriquement, il n'y a guère de doutes sur l'existence possible de la syphilis héréditaire de troisième génération. Mais en

fait, les observations complètes et inattaquables en sont fort rares. Eux-mêmes donnent celle d'un enfant de 5 ans ½ mort avec des signes certains et vérifiés à l'autopsie de syphilis héréditaire. La mère de l'enfant est elle-même hérédo-syphilitique (kératite interstitielle) et a un frère qui présente un bon nombre de signes hérédo-syphilitiques. La grand'mère et le grand-père étaient également spécifiques (Lion et moi, et d'autres auteurs omis dans ce travail avons fait connaître des cas semblables, mais encore beaucoup plus précis).

Ch. Audry.

Sur l'érysipéloïde de Rosenbach et ses rapports avec le rouget du porc (Zur Kenntniss des Erysipeloïds Rosenbach dunter besonderer Berucksichtigung seiner Beziehungen zum Schweinerotlauf), par H. Birbaum S. et Gottron. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVII, f. 1/2, octobre 1929, p. 5.

De 1919 à 1927 à la clinique de Berlin, on a observé 261 cas d'érysipéloïde de Rosenbach, dont 233 entre mai et novembre, et 63 hommes pour 198 femmes. Dans 10 cas, on a pu établir des rapports entre la maladie et un porc atteint de rouget. Plus souvent, il s'agissait de femmes ayant touché du lard américain. Dans quelques cas, on a incriminé de la viande de lapin. La maladie débute et siège habituellement sur les doigts, les mains, les bras ; on l'a vu commencer sur la nuque (porteurs), etc. Le processus clinique est semblable quelle que soit l'étiologie (porcs, etc.) au point de vue de l'apparence, des complications lymphangitiques (l'importance de ces dernières est plus considérable qu'on ne l'admet). De même pour les arthrites on peut aussi rencontrer des formes locales ou des formes s'accompagnant de symptômes généraux. Deux fois, les auteurs ont pu isoler un microbe qui n'était rien autre que le bacille du rouget. Ils affirment enfin que le microbe commun à l'érysipéloïde et au rouget est le même que *bacillus murisepticus* de Koch. Il est du reste assez difficile de réussir des cultures ou de colorer le microbe sur les coupes, et la sérologie ne fournit pas des renseignements constants. Le mieux, pour le diagnostic exact, est de s'en rapporter à l'examen clinique du malade.

Ch. Audry.

La poussée printannière d'eczéma et les possibilités de l'expliquer (Der Frühjahrgipfel des Ekzem und seine Erklärungsmöglichkeiten), par A. Memmesheimer. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVII, f. 1/2, octobre 1929, p. 27.

En s'appuyant sur les statistiques de 15 années de la Clinique de Bonn, et en les complétant avec celles de Tübingen, M. parvient sans peine à montrer qu'il existe une recrudescence d'eczémas en mars, avril (surtout en avril) et mai. Comment l'expliquer ? Les courbes de la température climatique ne concordent en rien, ni d'une manière, ni de l'autre avec celles de l'eczéma. Ni dans l'examen des poussières, ni dans celui des germes de l'air, ni dans celui des allergines aériennes (pollens, etc.), on ne découvre de coïncidence avec la courbe des eczémas qui permette une explication catégorique et complète. Peut-être

quelques-uns de ces facteurs jouent-ils un rôle encore imprécis ; mais on ne peut rien affirmer, et on est réduit à admettre que la saison froide a laissé le corps des eczémateux dans un état de sensibilisation spécial qui le rend particulièrement impressionnable par un ou plusieurs des facteurs extrinsèques. En tous cas, il serait intéressant de refaire la même étude en d'autres pays, de comparer les différents résultats et d'arriver à constituer une géographie des Dermatoses.

CH. AUDRY.

Formes de passage entre l'eczéma séborrhéique et le pityriasis chronique lichénoïde (Ueberganslormen zwischen Eccema seborrhoicum und Pityriasis lichenoïdes chronica), par F. FISCHL. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVII, f. 1/2, octobre 1929, p. 56, 1 fig.

A propos de deux observations de pityriasis lichénoïde chronique *Parapsoriasis* en gouttes de Brocq ou *Dermatitis psoriasiformis nodularis* de Jadassohn), F. montre qu'il existe des similitudes cliniques (lésions papuleuses, squameuses) et histologiques entre l'eczéma séborrhéique et le pityriasis lichénoïde.

Dans les deux affections, on trouve la desquamation de la couche superficielle parakératosique, la progressive disparition du *stratum granulosum*, l'œdème de l'épiderme et du derme et les infiltrats périvasculaires sans spécificité ; l'acanthose, l'infiltration leucocytaire de l'épiderme, l'absence de parakératose *circonscrite* appartiennent plutôt à l'eczéma séborrhéique. En somme, il n'y a pas entre les deux affections de signes histologiques différentiels nets.

L. CHATELLIER.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur le développement des champignons pathogènes hors du corps (Ueber das Fortkommen der pathogenen Haut pilze ausserhalb des Korpers, par E. KADISCH. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 40, 5 octobre 1929, p. 1423, 7 fig.

Pour éclaircir l'étiologie des récidives des teignes, K. s'est proposé d'étudier la vie de quelques champignons de teignes (achorion et *tricho-gypseum*, cérébriforme, épidermophyton, etc.) sur des corps étrangers tels que soie, laine, toile, balayures, bois et débris de bois, déblais, paille, fumiers divers, terreau, plumes d'oie, peau de cobaye. Il les a stérilisés, tenus humides, ensemencés à + 27°, qui est la température optima. Les cultures et les inoculations pratiquées ultérieurement avec ces divers produits ont donné irrégulièrement, mais très souvent, des résultats positifs variables suivant les espèces, etc. Ce sont les plumes qui constituent le meilleur support, puis la laine, la soie, les balayures, etc. ; à une température de + 37°, les inoculations sont empêchées. Sur de l'eau agar, il a obtenu une culture nouvelle d'*achorion gypseum* en forme d'anneau serpigineux.

CH. AUDRY.

Un cas de morve humaine (Ein Fall von Rotz beim Menschen), par N. Busce. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 41, 12 octobre 1929, p. 1467.

Un cas de morve cutanée chronique, terminé par la guérison, observé sur une fille de 16 ans qui avait été en contact avec un cheval morveux pendant l'été de 1927. Début des accidents en octobre de la même année, sous forme de gomme ramollie et ulcérée du bras droit, puis de la région sterno-claviculaire, puis de la cuisse. En mars 1928, la malade présentait des ulcérations en ces différents points, sauf au niveau de la première lésion qui était cicatrisée. L'inoculation d'après la technique de Strauss, la culture, la séro-réaction démontrèrent à différentes reprises, et de la manière la plus certaine l'existence du bacille de la morve. La malade était guérie en septembre 1928, après avoir été pansée, curettée, etc., et avoir reçu plusieurs injections d'huile térébenthinée. A ce moment, elle réagissait encore à la malléine, et cette réaction, ainsi que la déviation du complément s'observait encore en février 1929. Le cas est remarquable par sa bénignité et par l'action utile des injections d'huile térébenthinée. Ch. Audry.

Sur les dermatoses post-scarlatineuses (Zur Kenntniss der post-skarlatinösen Hauterscheinungen), par K. Rosenthal. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 41, 12 octobre 1929, p. 1469.

On a décrit plusieurs variétés de dermatoses survenues postérieurement à la scarlatine, en particulier l'érythème polymorphe et noueux. Une première observation de R. se rapporte à une fille de cinq ans, morte après des arthrites suppurées, des otites, des manifestations bulleuses à streptocoques. Dans un second, également mortel, il s'agit d'un garçon de trois ans qui présenta un syndrome d'érythème polymorphe infectieux et à l'autopsie présenta des abcès sous-pleuraux, de la néphrite, etc. Enfin, dans un troisième cas, une fille de neuf ans, l'érythème polymorphe très bulleux, à évolution infectieuse, se termina par la guérison. En résumé, il s'agit d'érythème polymorphe bulleux de nature septique post-scarlatineuse, où le streptocoque joue vraisemblablement un rôle essentiel. Ch. Audry.

Influence de la diathermie de la moelle épinière sur l'hyperidrose et la dysidrose des mains (Einfluss der Ruckenmark durschwärmumg auf die Hyperidrosis und Dysidrosis manuum), par R. v. Leszizinski. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 41, 12 octobre 1929, p. 1473.

Après des considérations sur l'hyperidrose véritable et la dysidrose qui peut s'y associer, après avoir rappelé le rôle que joue le système nerveux sympathique sur ces phénomènes, etc., L. indique qu'il a traité 32 malades atteints d'hyperidrose et de dysidrose des mains par des applications diathermiques. Celles-ci ont été pratiquées (de préférence à la radiothérapie) en mettant pendant 20 minutes une électrode active de 6 × 8 cent. sur le dos entre C/6 et D/2, l'électrode passive étant disposée au niveau du sternum. Courant de 500 à 700 M. A. Applications quotidiennes. Dans tous les cas, il a eu des résultats excellents

après un temps de 6 à 20 jours, suivant l'intensité des symptômes, le degré d'acrocyanose associée, etc. Du reste, les résultats ne sont que temporaires ; l'amélioration est particulièrement considérable quand il existe des accidents dysidrosiques. Remarquant que la zone influencée ne contient que des centres orthosympathiques et que ceux-ci ne peuvent être qu'excités par la diathermie, L. conclut que l'amélioration des phénomènes ne peut dépendre que d'une augmentation du tonus orthosympathique. Celle-ci déterminerait soit une hyposympathicotonie soit une élévation du tonus d'un orthosympathique normal : il croit que les deux mécanismes peuvent coexister, le premier contre la dysidrose, le second contre l'hyperidrose. CH. AUDRY.

Sur le traitement de la dermatite herpétiforme de Duhring (Beitrag zur Therapie der Dermatitis herpetiformis Duhring), par A. KRINSKY. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 41, 12 octobre 1929, p. 1480.

K. a obtenu deux fois un excellent résultat en pratiquant la radiothérapie dorso-vertébrale, cette région ayant été divisée en trois zones qui ont reçu chacune 4 H. (peut-être sur 3 mm. 01). Dans le premier cas seulement, la radiothérapie avait été associée à une cure intraveineuse de néosalvarsan. Dans le second cas, elle fut seule employée, avec un succès au moins égal. CH. AUDRY.

Etiologie et pathogénie des exanthèmes post-vaccinaux (Zur Ætiologie und Pathogenese der post-vakzinden Exantheme), par P. SCIER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 42, 19 octobre 1929, p. 1511.

On considère comme post-vaccinales les éruptions qui succèdent à la vaccination dans un délai de 8 à 12 jours. On ne connaît qu'un seul cas où on ait noté des altérations des muqueuses. S. donne l'observation d'un garçon d'un an qui présenta 10 jours après l'inoculation, une éruption en forme d'un exanthème vésico-bulleux généralisé avec lésions de la muqueuse buccale qui guérit en 15 jours. Sur les coupes des bulles, S. a coloré des formations répondant exactement aux corpuscules de Guaneri. S. pense qu'il s'agit ici d'un exanthème spécifique et non d'une réaction anaphylactique, comme Jochmann l'a supposé. S. distingue vigoureusement son cas de la vaccine généralisée. CH. AUDRY.

Sur une cause d'erreur, jusqu'ici méconnue, dans le dosage des Rayons X (Ueber eine bisher nicht beachtete Fehlerquelle bei der Dosierung der Rentgenstrahlen), par C. STERN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 40, 5 octobre 1929, p. 1433.

S. se sert simultanément de l'échelle de Sabouraud-Noiré et de l'échelle de Kiensbock pour surveiller le fonctionnement et le débit de ses ampoules. Il a eu ainsi l'occasion de constater que l'humidité de l'air atmosphérique (pluie, chauffage insuffisant) modifie considérablement les tablettes de Sabouraud qui sont plus hygrométriques et brunissent plus lentement. Il en résulte donc des erreurs de dosage, de nature à expliquer maints déboires. L. CHATELLIER.

Recherche sur le traitement de la blennorragie masculine et féminine par l'inoculation du typhus récurrent d'Europe (Ein Versuch zur Behandlung der männlichen und weiblichen Gonorrhœ durch Impfung mit europäischem Typhus recurrens), par M. Batunin, A. Wainstein et G. Dertschinski. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, nº 42, 19 octobre 1929, p. 1518.

19 hommes et 13 femmes, atteints de blennorragie aiguë ou chronique, ont été inoculés avec une culture de spirochètes vieille de 2 jours. Résultats : 9 guérisons, dont 5 chez la femme. Le spirochète d'Obermayer est peu virulent et, partant, donne peu d'accès fébriles. Ainsi s'explique le faible pourcentage de guérisons. Avantages de ce Ainsi s'explique le faible pourcentage de guérison. Avantages de ce procédé : constance du matériel d'inoculation, absence de complications et conservation de l'état général des malades, efficacité certaine du salvarsan pour arrêter l'infection inoculée.

L. Chatellier.

Le symptôme de Chvostek dans le psoriasis vulgaire (Das Symptom von Chvostek bei der Psoriasis vulgaris), par R. von Leszczynski. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, nº 43, 26 octobre 1929, p. 1535.

L'auteur, qui attribue le psoriasis à une insuffisance polyglandulaire (thyroïde, thymus et hypophyse), a constaté le phénomène de Chvostek 3 fois plus souvent que chez les autres sujets. Le phénomène est d'autant plus évident que le psoriasis est plus grave. L'excitation du thymus par la diathermie a produit chez une de ses malades la rétrocession d'une éruption violente, qui aboutit ensuite à une érythrodermie par une insuffisance polyglandulaire consécutive à la première excitation. Guérison rapide par l'opothérapie. L'auteur rapporte ensuite une autre observation comparable. L. Chatellier.

Les réactions du soufre selon son état de dispersion (Die Reaktionfähigkeit von Schwefel verscheidener Dispersität), par H. Bechhold, S. Orntsein et K. Silberstein. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, nº 43, 26 octobre 1929, p. 1539.

Le degré de dispersion du soufre dans une série de préparations soufrées a été établi microscopiquement. Les réactions du soufre à la soude à 1 o/o et au sulfure de soude à 1 o/o se sont montrées d'autant plus vives que la dispersion du soufre était plus grande ; elles étaient plus vives dans les préparations au soufre colloïdal. Ce dernier se dissout complètement à 37° dans la soude à 1 o/o ; le soufre cristallisé reste insoluble. Sur les souris blanches, les préparations à fine dispersion traversent la peau beaucoup plus vite que les préparations à grosse dispersion. L. Chatellier.

Démonstration de la sensibilité à l'iode de la Dermatite herpétiforme par la transmission passive (Nachweis der Iodempfindlichkeit bei der Dermatitis herpetiformis durch passive Uebertragungversuche), par E. Lehner et E. Rajka. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, nº 43, 26 octobre 1929, p. 1545.

Les auteurs ont inoculé au lapin et à l'homme, d'une part le sérum

d'un malade atteint de dermatite herpétiforme, d'autre part le contenu des bulles. Chez l'animal et chez l'homme, apparaît après l'injection de sérum ou du liquide de bulle, une réaction vive à l'injection d'iodure de K ou à une application de vaseline iodurée. La transmission passive est donc démontrée : l'injection d'un sérum sain ou d'une bulle artificielle provoque des réactions bien moindres. Cette sensibilité à l'iode est due à une réagine. L. Chatellier.

Ecos espanoles de Dermatologia y Sifiliographia (Madrid).

L'acridinothérapie de la blennorragie et de ses complications (La acridinoterapia de la blenorragia y sus complicaciones), par Eduardo de Gregorio. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 5e année, n° 49, octobre 1929, p. 3.

L'acridinothérapie doit avoir sa place dans le traitement des affections gonococciques. Elle exerce assez souvent une action favorable. Il n'y a presque jamais d'associations microbiennes ; les complications s'améliorent rapidement. On s'illusionnerait pourtant si l'on croyait avoir avec cette méthode une thérapeutique définitive de la blennorragie. J. Margarot.

La dermatologie et la syphiligraphie à Barcelone. Chronique mensuelle (La dermatologia y Sifiliografia en Barcelona. Cronica mensual), par F. Wüst Berdaguer. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 5e année, n° 49, octobre 1929, p. 19.

A la Société Catalane de Dermatologie et de Syphiligraphie, Jaime Peyri présente une communication sur un cas de sclérodactylie avec érythrose et formations papulo-squameuses généralisées d'étiologie tuberculeuse. La réaction de Von Pirquet était positive et celle de Wassermann négative. Il existait une insuffisance thyroïdienne et surrénale, mise en évidence par les épreuves pharmaco-dynamiques.

Antonio Carreras publie deux cas de varicelle survenus chez des enfants dont la mère présentait un zona intercostal.

J. Cabre étudie la lymphadénie syphilitique.

La syphilis ganglionnaire tardive est mal connue. Elle présente un certain nombre de types que l'on peut grouper de la façon suivante :

A. Syphilis acquise :

Formes cervicales.

Formes inguinales.

Formes polyganglionnaires.

Adénopathies sous-maxillaires et pré-auriculaires.

Formes mixtes syphilo-tuberculeuses.

B. Hérédo-syphilis :

Formes scrofuloïdes.

Formes lymphadéniques.

Dans un cas de lymphadénie aleucémique, une réaction de Wassermann intense indique un traitement spécifique.

La disparition rapide des adénopathies démontre leur nature syphilitique.

A l'Institut médico-pharmaceutique, J. Vilanova Montiu présente une communication sur les formes tumorales du *molluscum contagiosum*. Ces formes n'ont pas été suffisamment décrites. Le diagnostic ne peut en être fait que par l'examen histologique, par l'apparition dans leur voisinage ou par la transmission à d'autres sujets d'éléments jeunes, typiques de *molluscum contagiosum*. J. Margarot.

Bulletin de la Société Roumaine de Dermatologie et de Syphiligraphie (Section de Bucarest).

Un cas de dyskératose folliculaire, par C. Iliescou et Tr. Popescou. *Bulletin de la Société Roumaine de Dermatologie et de Syphiligraphie (section de Bucarest)*, vol. I, n° 2, mars-mai 1929, pp. 65-68, 2 fig.

Chez un soldat de 22 ans existaient simultanément des furoncles en voie d'atténuation et une éruption d'élevures gris-jaune sale, particulièrement abondantes autour des cicatrices de furoncles. Elles sont disséminées sur le dos, le thorax, la face, il en existe de plus grosses dans la région génitale et anale.

La biopsie des élevures cornées montra les lésions de la maladie de Darier.

Les auteurs pensent qu'il y a eu relation de cause à effet entre l'inflammation cutanée par les furoncles et la dyskératose.

A. Bocage.

Un cas de parapsoriasis en gouttes, par St. Theodorescou. (*Bulletin de la Société Roumaine de Dermatologie et de Syphiligraphie (section de Bucarest)*, vol. I, n° 2, mars-mai 1929, pp. 69-70.

Malade de 32 ans traité par erreur pour syphilis depuis 5 ans. Éruption de très petites papules (tête d'épingle), rouges, planes, lisses et légèrement squameuses après grattage ; quelques éléments atteignaient la taille d'une lentille. L'éruption se termine par une petite cicatrice de la taille d'une tête d'épingle. Elle siège surtout sur les membres et le tronc. Histologiquement acanthose, exagération des espaces périnucléaires des cellules épidermiques, faible congestion et infiltration lymphoïde et conjonctive des papilles. A. Bocage.

Chancres simples primitifs multiples des mamelles, par S. Nicolau. *Bulletin de la Société Roumaine de Dermatologie et de Syphiligraphie (section de Bucarest)*, vol. I, n° 2, mars-mai 1929, pp. 71-73, 1 fig.

Ulcérations semi-lunaires entourant le mamelon, ayant les caractères cliniques et bactériologiques du chancre mou, avec adénopathie axillaire volumineuse et dure n'ayant pas suppuré. Il n'y a que trois autres cas publiés de cette localisation. A. Bocage.

Observation anatomo-clinique d'un cas de dyschromie cutanée (taches

leucodermiques et hyperpigmentaires) chez une schyzophrénique châtrée et goîtreuse, par C. I. Parhon et S. Constantinescou. *Bulletin de la Société Roumaine de Dermatologie et de Syphiligraphie (section de Bucarest)*, vol. I, n⁰ 2, mars-mai 1929, pp. 73-79, 2 fig.

Sans contester le rôle pathogénétique des altérations fonctionnelles du système nerveux végétatif dans la pathogénie des dystrophies pigmentaires, associées aux syndromes endocriniens, les auteurs insistent sur le fait que les troubles endocriniens représentent dans beaucoup de cas au moins le facteur pathogénétique primaire.

Leur malade présentait de grosses altérations du corps thyroïde, éléments de goitre colloïde avec, à côté, des régions hyperactives. C'est à celles-ci que les auteurs pensent pouvoir attribuer l'existence de larges plaques dépigmentées du tronc ; l'anovarie aurait été un facteur favorisant de cette action de l'hyperthyroïdie.

A. Bocage.

Un cas d'acrodermatite suppurative continue (Hallopeau) ou phlycténose récidivante (Audry), par Sarateanu. *Bulletin de la Société Roumaine de Dermatologie et de Syphiligraphie (section de Bucarest)*, vol. I, n⁰ 2, mars-mai 1929, pp. 80-85, 2 fig.

Homme de 60 ans atteint depuis 8 ans de suppuration sous et péri-unguéale en petites phlyctènes ayant déterminé la chute des ongles.

Trois séances de radiothérapie (2 H. chacune sous filtre aluminium de 1/2 à 1 mm.) et deux séries de 15 injections d'un autovaccin à streptocoque et communis, déterminent une guérison définitive.

A. Bocage.

Contribution à l'étude de la thérapeutique de la maladie de Duhring, par E. Constantinescou. *Bulletin de la Société Roumaine de Dermatologie et de Syphiligraphie (section de Bucarest)*, vol. I, n⁰ 2, mars-mai 1929, pp. 86-89.

L'auteur a utilisé un traitement employé par Spillmann dans un cas de pemphigus. Il consiste en 1 centimètre cube d'adrénaline au millième par la bouche pendant 3 jours consécutifs, une injection intramusculaire de 5 centimètres cubes de peptone à 5 o/o le premier jour et une injection intraveineuse de 5 centimètres cubes de chlorure de calcium à 10 o/o le troisième jour.

La première malade guérit après 7 séries consécutives, mais fit une forte albuminurie.

La deuxième, chez laquelle l'autohémothérapie, le cacodylate, le bromure de sodium avaient été infructueux, guérit après 11 séries, espacées de quelques jours, mais fit par la suite quelques petites poussées, bénignes et passagères.

La troisième malade fut définitivement guérie par 6 séries séparées par de courts repos. A. Bocage.

Sur la méthode épilatoire mixte Rœntgen-Thallium dans le traitement des mycoses du cuir chevelu, par T. Stephanescou. *Bulletin de la Société Roumaine de Dermatologie et de Syphiligraphie (section de Bucarest)*, vol. I, n⁰ 2, mars-mai 1929, pp. 90-93.

L'auteur a employé la méthode de Buschke et Langer, qui consiste dans l'application simultanée du thallium et des rayons X à demi-dose épilatoire. Sur 49 cas bien contrôlés chez des enfants de 13 à 15 ans, il y a eu 53 o/o d'épilations parfaites, 10 o/o de médiocres et 30 o/o d'insuffisantes.

La dose de thallium était de 4 mm. $\frac{1}{2}$ par kilogramme.

A cause du grand nombre d'épilations insuffisantes, l'auteur considère que cette méthode doit rester un procédé épilatoire d'exception.

A. Bocage.

Action préventive et curatrice du vaccin antistreptobacillaire (Nicolau-Banciu) dans les adénites chancrelleuses, par A. Marcov. *Bulletin de la Société Roumaine de Dermatologie et de Syphiligraphie (section de Bucarest)*, vol. I, n° 2, mars-mai 1929, pp. 93-95.

Les statistiques antérieures de la Maison des Assurances sociales donnaient 37 o/o de bubons dans la chancrelle. L'auteur a traité 160 malades. 107 d'entre eux porteurs de lésions chancrelleuses simples traités par le vaccin n'ont donné que 9 complications ganglionnaires (8,5 o/o).

Sur 38 bubons incipients traités uniquement par la vaccinothérapie, 27 ont guéri sans suppurer.

Le pourcentage des bubons non suppurés guéris par le vaccin a été de 70 o/o ; celui des bubons suppurés de 60 o/o avec un nombre d'injections de 4 à 12, faites tous les deux jours par voie intramusculaire dans la région deltoïdienne ou pectorale.

En présence de ces résultats, l'auteur estime que la vaccinothérapie doit être employée systématiquement dans le chancre mou, non seulement pour la guérison du chancre lui-même, mais pour prévenir les complications. A. Bocage.

La réaction de Prunell appliquée au liquide céphalo-rachidien, par A. Banciu et E. Galitza. *Bulletin de la Société Roumaine de Dermatologie et de Syphiligraphie (section de Bucarest)*, vol. I, n° 2, mars-mai 1929, pp. 95-98.

C'est une réaction au sérum frais avec addition d'acide acétique comme renforçateur de l'hémolyse qui permet de réaliser une importante économie de temps et de matériel.

Les auteurs ont un peu modifié la technique de Prunell dans l'application au liquide céphalo-rachidien. Ils emploient 5 tubes contenant tous : 2 de sérum humain normal de moins de 24 heures, 2 d'antigène, sauf le 4e tube sans antigène. Le 1er tube reçoit 1 de liquide céphalo-rachidien, le 2e tube 5, le 3e et le 4e chacun 10. En outre, on complète à 10 dixièmes de centimètre cube les 5 tubes. Après une demi-heure d'étuve on ajoute 5 d'hématies de mouton à 2,5 o/o et 1 d'eau salée à 8,5 o/o, additionnée de 1/500 d'acide acétique. On lit les résultats dès que l'hémolyse est complète dans les deux derniers tubes (témoins). 50 liquides ont donné des résultats concordants avec la réaction de Bordet-Wassermann classique; dans 3 seulement il y eut une petite différence d'intensité.

L'avantage que cette méthode peut offrir en pratique réside dans la possibilité d'obtenir un résultat colorimétrique de la réaction du liquide céphalo-rachidien et cela dans un délai très court, avec la même sensibilité qu'avec les méthodes classiques. A. Bocage.

Deux cas d'épithéliomas pagétoïdes, par A. A. Babes. *Bulletin de la Société Roumaine de Dermatologie et de Syphiligraphie (section de Bucarest)*, vol. I, n° 2, mars-mai 1929, pp. 98-102, 1 fig.

Deux observations chez 2 femmes, l'une de 48 ans, l'autre de 23 ; l'auteur fit la biopsie qui donna identiquement un type d'épithélioma baso-cellulaire sans cellules de Paget.

M. Nicolau souligne l'intérêt de ces cas de basaliomes multi-centriques qui permettent d'étudier les toutes premières phases de début de la néoplasie, qui naît dans l'épaisseur même de l'épiderme et tardivement fait hernie en profondeur pour y donner naissance aux bourgeons épithéliomateux bien connus. A. Bocage.

Un cas d'auto-superinfection syphilitique à point de départ ganglionnaire, par V. Dragoescou. *Bulletin de la Société Roumaine de Dermatologie et de Syphiligraphie (section de Bucarest)*, vol. I, n° 2, mars-mai 1929, pp. 102-105, 1 fig.

Observation d'un homme de 19 ans qui fit une adénite inguinale suppurée à la suite d'un chancre. Tout autour de la fistule se fit une éruption d'une trentaine d'éléments papuleux de la taille d'une lentille à un grain de maïs ayant les caractères de chancre induré ou plutôt de lésions intermédiaires entre le type primaire et le type secondaire. La sérosité qui s'écoulait de la fistule ganglionnaire contenait du tréponème. A. Bocage.

Argas persicus comme parasite de l'habitation humaine, par I. Cinrea et T. Stephanescou. *Bulletin de la Société Roumaine de Dermatologie et de Syphiligraphie (section de Bucarest)*, vol. I, n° 2, mars-mai 1929, pp. 105-108, 2 fig.

Ce parasite des oiseaux avait infesté la chambre d'un ménage et déterminé chez les habitants des placards urticariens persistant 48 heures après chaque piqûre et pouvant atteindre la taille d'un œuf de poule. Le parasite résista à de multiples antiseptiques y compris les fumigations de soufre. A. Bocage.

Un cas de tuberculide complexe, par S. Nicolau. *Bulletin de la Société Roumaine de Dermatologie et de Syphiligraphie (section de Bucarest)*, vol. I, n° 2, mars-mai 1929, pp. 109-118, 3 fig.

Chez une femme de 42 ans éruption sur les deux jambes d'éléments papulo-tubéreux et nodulaires, ces derniers en partie ulcérés, datant de 6 ans et non guéris par les traitements antisyphilitiques. L'ensemble des lésions prend une grosse partie de la jambe laissant des cicatrices blanchâtres et réticulées, déprimées par rapport au niveau de la peau saine. Les ulcérations sont arrondies, cupuliformes à bords non décollés. Les examens bactériologiques et l'inoculation au cobaye

sont négatifs. La structure histologique montre des follicules tuberculeux à cellules épithélioïdes et cellules géantes mais sans caséification ni bacilles.

L'auteur rapproche ces lésions de l'érythème induré de Bazin bien que l'aspect clinique en soit assez différent ; il en fait un processus cutané d'origine embolique. A. Bocage.

Arthrite hérédo-syphilitique du genou, par Blumental. *Bulletin de la Société Roumaine de Dermatologie et de Syphiligraphie (section de Bucarest)*, vol. I, n° 2, mars-mai 1929, pp. 119-122, 1 fig.

Femme de 34 ans, sourde et muette, avec volumineuse arthrite du genou avec épaississement de la synoviale, ankylose de l'articulation en flexion par des travées d'ostéite condensante, qui réunissent l'extrémité inférieure du fémur au plateau tibial. En plus de ces stigmates la malade présentait une réaction de Wassermann fortement positive et n'avait aucun signe de tuberculose. A. Bocage.

Un cas de corne cutanée sénile, par S. Heller. *Bulletin de la Société Roumaine de Dermatologie et de Syphiligraphie (section de Bucarest)*, vol. I, n° 2, mars-mai 1929, pp. 123-124, 1 fig.

Observation d'un cas chez une femme de 62 ans qui perdit une première corne de la région fronto-pariétale gauche accidentellement au bout de six ans, et chez laquelle l'auteur enleva du côté droit une corne de 15 centimètres de long recourbée en spirale de 1 c. $\frac{1}{2}$ de diamètre à sa base, qui datait de 20 ans. A. Bocage.

Vratchébnoé Délo (Kharkov).

Un cas de thrombophlébite dorsale de la verge, par J. S Silbermann. *Vratchébnoé Délo*, n° 18, 30 septembre 1929, p. 1180.

Un ouvrier de 37 ans, n'ayant jamais eu de maladie vénérienne antérieure, se plaint de douleurs, siégeant au dos du pénis, qui ont débuté il y a un an, mais étaient peu gênantes jusqu'à il y a 4 mois lorsqu'elles se sont aggravées. Au dos de la verge, on sent un cordon large de 1 centimètre à la racine et allant en s'amincissant vers le gland ; il se termine à 3 centimètres du gland. L'excision de ce cordon sous anesthésie locale a montré qu'il se compose d'un paquet de veines oblitérées, adhérentes aux tissus voisins. L'intérêt du cas consiste dans l'atteinte isolée des veines dorcales du pénis, le diagnostic difficile et l'étiologie non établie de la thrombophébite isolée.

Bermann.

Essai de traitement des épididymites par l'ichtyol, par L. M. Vaïnikhovitch. *Vratchébnoé Délo*, n° 18, 30 septembre 1929, p. 1182.

Les cas personnels de l'auteur sont au nombre de 25. Ce sont des épididymites aiguës qui ont compliqué l'uréthrite blennorragique chronique (20 cas) et aiguë (5 cas). L'auteur s'est servi d'injections

intramusculaires d'une solution aqueuse d'ichtyol à 2 o/o, en commençant par 1 centimètre cube et en augmentant la dose de 1/2 à 1 centimètre cube tous les 2-3 jours. L'injection est un peu brûlante, mais la douleur ne dure que quelques minutes. L'ascension thermique de 1 à 1°5 s'observe le jour de l'injection ou le lendemain. 22 cas ont été guéris en 10-12 jours, les injections n'ayant produit ni induration au lieu de la piqûre, ni aucune autre complication. 10 cas n'ont été traités que par des injections seules, 15 autres cas ont été traités par l'association des injections et des pommades ichtyolées, ce qui a donné les meilleurs résultats. L'auteur préconise ce traitement ichtyolé par voie parentérale et externe. BERMANN.

Cancer de brai, par D. E. KHODOROFF. *Vratchébnoé Délo*, n° 18. 30 septembre 1929, pp. 1167-1170.

Le malade est un ouvrier de 47 ans, travaillant depuis un an comme presseur dans une usine où l'on fabrique des plaques d'isolement en brai sec, mélangé de copeaux de liège. L'atelier où le malade travaillait était toujours rempli de poussières de brai qui, à cause d'une ventilation défectueuse, étaient très abondantes et irritaient les téguments cutanéo-muqueux des ouvriers. L'affection dont le malade se plaint a débuté au bout de 4 mois de travail à l'usine. Elle consistait en une ulcération de la lèvre inférieure qui tantôt s'ouvrait, tantôt se cicatrisait. Actuellement, on constate à la lèvre inférieure une tumeur ovale, dont la partie centrale est ulcérée, le fond inégal, couvert de croûtes adhérentes, les bords calleux, avec sécrétion séreuse. A la commissure buccale droite on trouve une autre tumeur analogue, les deux étant dures et indolores. Adénopathie sous-maxillaire gauche. Bordet-Wassermann négatif d'abord, se montre positif plus tard. La biopsie montre une hyperplasie épithéliale, avec saillies dirigées vers le derme ; amas des cellules épithéliales ; infiltration à petites cellules autour de la tumeur. Peu de mitoses. Vu l'ancien chancre, l'hépatite actuelle et le tableau histologique pas tout à fait typique, on institue un traitement antisyphilitique mixte d'épreuve qui produit une légère amélioration des ulcérations et entraîne une dermatite érythémateuse généralisée. Après désensibilisation, la cure est terminée, mais l'état du malade reste stationnaire. Opération chirurgicale sur les tumeurs. La biopsie montre un cancer à cellules plates sans métastases dans les glandes salivaires et lymphatiques sous-maxillaires. L'auteur insiste sur la bénignité de ce cancer du goudron qui n'a pas produit de métastases, malgré son siège riche en vaisseaux lymphatiques, pendant plus d'un an d'une évolution progressive. BERMANN.

Sur l'emploi du massage dans les prostatites, par J. M. RABINOVITCH et W. A. BÉRÉZINA. *Vratchébnoé Délo*, n° 18. 30 septembre 1929, pp. 1163-1164.

Les auteurs rappellent que le massage de la prostate, surtout en cas d'invasion de cet organe par les gonocoques, est pratiqué partout et

par tous, étant préconisé pour son action mécanique (expression des sécrétions pathologiques), hyperémiante et dépressive ; il se fait par le doigt et par des instruments spéciaux. Or, les 4 cas personnels des auteurs apportent quelques réflexions à cette pratique universelle. Il s'agit de 3 cas de prostatite gonococcique chronique et de 1 cas de prostatite aiguë, où le massage de cet organe a entraîné un cas de mort due à une septicémie et 3 cas de septicémie chronique qui ont duré des mois. Il s'agissait toujours de foyers purulents (l'autopsie du cas mortel l'a prouvé) où l'action mécanique a entraîné des métastases dans d'autres organes. Dans 1 cas, le massage s'est compliqué d'orchite et de funiculite purulente. Lutz rapporte également 3 cas personnels identiques (2 cas de mort et 1 de septicémie prolongée). Les auteurs arrivent à la conclusion que la prostatite blennorragique chronique renferme des foyers d'infection latents qui sont activés par le massage qui déverse les micro-organismes dans le torrent lymphatique et sanguin, ce qui se traduit par une septicémie. Les auteurs conseillent de restreindre l'usage du massage prostatique qui est dangereux. La manipulation ne doit pas être faite à la légère et dans tous les cas, mais en y réfléchissant et en individualisant rigoureusement les cas. BERMANN.

LIVRES NOUVEAUX

Défense sociale contre les maladies vénériennes (Defensa social contra las enfermedades venereas), par BRAVO, COVISA, SAINZ DE AJA, VILLAREJO. Brochure de propagande éditée par le philanthrope péruvien Don RAFAEL LARCO HENERA (Imprimerie *Leonce Rubio*, calles de las Aguas, 11, Madrid).

En quelques pages se trouve condensé l'essentiel de ce que tout le monde devrait savoir des maladies vénériennes.

Aux chapitres de vulgarisation, qui traitent des connaissances générales indispensables, font suite des exposés pratiques relatifs à la prophylaxie et au traitement. Les auteurs indiquent comment on peut éviter la syphilis, la blennorragie et comment peuvent en guérir ceux qui en sont atteints. Les problèmes qui se posent à propos du mariage et de la descendance des malades sont clairement traités en quelques pages.

La plaquette est illustrée par reproduction de diverses affiches de propagande.

J. MARGAROT.

Etudes sur les maladies familiales nerveuses et dystrophiques, par O. CROUZON. Préface du Professeur Pierre-Marie. 1 volume in-8° de 385 pages avec 90 figures. Masson et Cie éditeurs, Paris. Prix : 55 fr.

La notion des maladies familiales nerveuses et dystrophiques est de date relativement récente puisque, comme le dit le Professeur Pierre-Marie dans sa préface, il y a à peine une soixantaine d'années que Duchenne de Boulogne appelait l'attention du monde médical sur le caractère familial du groupe morbide qui est devenu la myopathie progressive.

M. Crouzon aiguillé par le Professeur Pierre-Marie et par Bourneville dans l'étude de ces maladies familiales, a apporté une contribution importante dans les travaux déjà nombreux qui ont parus depuis cette date. On se rappelle ses publications avec Bourneville sur l'atrophie cérébelleuse idiotique ; avec Bouttier, sur une variété singulière d'amyotrophie familiale et surtout sur la dysostose crânio-faciale héréditaire, qui est connue maintenant dans tous les pays sous le nom de maladie de Crouzon.

L'auteur était donc particulièrement qualifié pour écrire un volume d'ensemble sur les maladies familiales, nerveuses et dystrophiques, qui est probablement le seul ouvrage complet qui existe sur ce sujet. Le

lecteur trouvera dans ce volume, non seulement l'intérêt qui s'attache à un ouvrage didactique sur les maladies familiales nerveuses et dystrophiques, mais un exposé complet de la riche contribution apportée par l'auteur sur ce point de la pathologie où il s'est acquis une compétence spéciale. CLÉMENT SIMON.

La Technique Moderne de la Propagande d'Hygiène sociale, par Lucien VIBOREL. Préface de M. le Professeur Albert CALMETTE. Introduction de M. Louis FOREST. Editions de « La Vie Saine » 36, rue des Artistes, Paris (14e). Prix de l'ouvrage : 100 francs pour la France, 125 pour l'étranger.

Cet important ouvrage contient la documentation la plus récente et la plus complète qui soit actuellement sur les questions d'éducation et de propagande d'hygiène.

Il est le Manuel unique et indispensable de tous ceux — hygiénistes ou éducateurs — qui se consacrent à la protection de la santé publique. Aucun ouvrage de ce genre n'avait encore été publié.

« *La Technique Moderne de la Propagande d'Hygiène sociale* » constitue la véritable codification des principes de cette science nouvelle qu'est la propagande, mise au service de la médecine préventive, et le recueil méthodique des expériences les plus fécondes faites en ce domaine.

Par sa documentation abondante et précise, ce Manuel apporte l'enseignement pratique à tous ceux qui veulent assurer, par une propagande rationnelle, le succès d'une organisation sanitaire.

En cette matière, la tâche fondamentale est la propagande d'hygiène qui, seule, est capable de créer l'opinion favorable, et de permettre aux organismes de se développer dans une atmosphère d'intérêt public, et parmi le consentement général.

« *Il faut enseigner au public*, a dit le Professeur Léon Bernard, dont la haute autorité est universellement reconnue, *qu'il peut conserver sa santé.* » Et il faut lui apprendre comment il peut pratiquement la conserver.

Tout cela, c'est le rôle de la propagande d'hygiène sociale, à laquelle le nouvel ouvrage nous initie de façon claire, simple et complète.

Questions relatives à la sexualité. 1 volume de 94 pages, édité par les Laboratoires Lumière, 9, cour de la Liberté à Lyon.

Il existe à Lyon une Société scientifique, nommée Secrétariat social de Lyon, dont le but est de réunir en un groupe d'études tous ceux, médecins ou non, qu'intéressent les multiples problèmes psychologiques, moraux, sociaux, religieux, que posent la médecine et la biologie, ou qui suscités par la psychologie, la morale, la sociologie ou la théologie, peuvent être éclairés par la médecine et la biologie.

Chaque année, une grande question est mise à l'étude. Pendant la session 1928-1929, ont été étudiées quelques questions relatives à la

sexualité. Plusieurs conférences ont été données. C'est le texte de ces conférences qui est publié dans ce volume, grâce à la libéralité de M. Auguste Lumière.

Voici les titres de ces conférences :

Les problèmes de la détermination du sexe, par M. Amédée Bonnet.
Les facteurs de la croissance, par M. Jung.
Du rôle des glandes génitales sur la morphologie, par M. Félix Bérard.
Comment se pose le problème de l'eugénique, par M. Aug. Cretinon.
Biologie et morale sexuelle, par M. l'Abbé Monchanin.

CLÉMENT SIMON.

NOUVELLES

HOPITAL-HOSPICE DE SAINT-DENIS (Seine)

Le dimanche 26 janvier a eu lieu à l'hôpital de Saint-Denis, sous la présidence de M. le professeur Gougerot, médecin-chef de l'hôpital Saint-Louis, l'inauguration du pavillon aménagé pour le Centre Prophylactique de la région de Saint-Denis, et organisé par le Ministère de l'Hygiène et la Commission administrative de l'hôpital sous la direction de MM. les docteurs Paul Blum, et Jean Bralez.

Ce service prophylactique et de médecine préventive, ouvert depuis novembre 1927, est le premier centre organisé en France, non seulement pour y établir la lutte antivénérienne mais aussi pour y constituer un service complet de prophylaxie et de médecine préventive.

A cette fête de famille médicale assistaient : M. le docteur Cavaillon, M. le médecin-commandant Camus, médecin-chef de l'hôpital militaire, MM. les docteurs Hudelo, Gastou, Clément Simon, Léon Bizard, Fernet, etc.

MM. Milian et Ravaut, et M. le doyen de la Faculté de Médecine, ont témoigné leur vif regret de ne pouvoir se joindre à tous leurs collègues des hôpitaux.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.



TRAVAUX ORIGINAUX

« LA ROUE DES CHOSES » (A PROPOS DE L'ÉTIOLOGIE DE L'ECZÉMA)

Par R. SABOURAUD.

A la dernière réunion de la Société, M. Ravaut nous montra deux malades atteints de « levurides », c'est-à-dire d'éruptions toxiniques et non microbiennes; les toxines causales émanant de placards intertrigineux créés par la présence locale de levures. Et la preuve de ces éruptions toxiniques généralisées, créées à distance par des poisons issus d'un foyer microbien, était l'intradermo-réaction, négative à tous microbes, positive seulement, et d'une façon éclatante, à l'inoculation intradermique de bouillons de levures. C'était donc des éruptions généralisées dues à une intoxication à distance, créées par des poisons issus d'un foyer microbien localisé.

Et à la même séance, notre président Milian concluait par cette phrase. « En somme presque tous les faits catalogués eczéma, relèvent directement ou indirectement d'une infection de surface ».

J'ai pensé alors que Brocq (très récemment disparu pourtant) n'aurait point souscrit cette affirmation.

Je sais bien que ces phrases séparées artificiellement de leur contexte ont quelque chose de schématique, et que ce serait trahir la pensée de leurs auteurs que de leur donner une valeur trop absolue et générale.

Pourtant si Milian avait raison, ce qui faisait mon objectif unique à 25 ans serait devenu la vérité quand j'ai passé la soixantaine; en quarante ans, nous pensons l'inverse de ce que la plupart pensaient alors. Sommes-nous en cela plus près de la vérité, j'aime à le croire, la tenons-nous? je n'en crois rien. Le fait autour duquel pivotent les théories reste le même, c'est lui qui paraît immuable, tandis que les théories dansent alentour.

Le fait est le suivant : sur dix laveuses, une seule fera de l'eczéma

et ce sera toujours la même. *Idiosyncrasie*, disaient nos anciens, *anaphylaxie* disent les modernes; et de ces mots le premier ne disait rien et le second dit peu de choses. Sur cent sujets, un seul fera de l'eczéma, et ce sera toujours le même. *Diathèse*, disaient les anciens, *infection épidermique*, dit-on maintenant; *anaphylaxie* dit-on encore. Le premier mot n'est qu'un point d'interrogation, le deuxième un fait parfois vérifiable; le troisième paraît un abus de mots, car l'anaphylaxie suppose une première infection ou intoxication sensibilisante et une deuxième déchaînante dont rien dans les maladies cutanées ne nous donne une idée bien nette. Alors on a dit accidents anaphylactoïdes, ce qui n'est pas plus clair que le mot diathèse.

En somme, nos expressions diffèrent des termes dont se servaient nos anciens maîtres, mais c'est encore un jargon pareil. Car s'il y a diathèse qu'est-ce qui la caractérise et la constitue? S'il y a microbe, pourquoi épargne-t-il toujours les uns pour se multiplier toujours sur un autre? Et s'il y a anaphylaxie, où est la crise anaphylaxique?

Supposons prouvée l'origine microbienne, spécialement streptococcique, de beaucoup d'eczémas anciens, pourquoi ce microbe qu'on pourra chez tout le monde rencontrer à l'état de graines, se développe-t-il seulement chez certains et non pas chez d'autres?

Je vois une jeune fille de quinze ans qui garde de l' « eczéma » derrière les oreilles, un eczéma streptococcique typique. On le traite, il disparaît; il reviendra dans trois semaines, et jamais encore on n'a pu en venir à bout. Dans les poussées les plus fortes, les sourcils se prennent et les joues, les plis des quatre membres, spécialement le jarret. Toutes ces lésions sont streptococciques, cela est certain et démontré. Mais en vérité, pourquoi cette enfant n'a-t-elle contaminé personne et pourquoi reste-t-elle perpétuellement infectée? Il faut donc admettre chez le sujet un *Quid ignotum* qui facilite son infection et la rend chronique. Et sur ce point nous n'en savons pas plus que nos maîtres.

Nos maîtres nous disaient : « Vous aurez beau me montrer le microbe, c'est là un hôte de lésions qu'il ne fait pas. Ce n'est pas la cause vraie, car le même microbe quand il s'inocule par hasard, sur un autre sujet, fait l'impétigo ou la tourniole qui évolue en quinze jours et disparaît sans laisser de traces ».

Quand nous croyons aujourd'hui que le microbe fait l'eczéma impétigineux, d'abord nous avançons un fait sans preuve, car nous ne pouvons pas le reproduire. Tout ce que nous pouvons dire c'est que dans un eczéma de caractères impétigineux, le streptocoque se rencontre toujours en état de pullulation.

Mais en tous cas, nous ignorons tout juste autant que nos anciens ce qui fait cette dermite rebelle et récidivante, et c'est là le point obscur de la question, celui qui reste aussi obscur, de quelque théorie qu'on l'enguirlande.

La théorie toxinique de l'eczéma est pleine d'intérêt car elle semble plus explicative. En un point demeure une infection chronique d'où partent des poisons eczématigènes. Mais pour généraliser cette théorie, il faudrait que tout eczémateux eut une lésion chronique externe, préalable, un intertrigo permanent où le parasite vécut et d'où ses toxines émaneraient incessamment; or c'est ce qu'on ne voit pas toujours.

Ensuite pourquoi beaucoup de lésions chroniques demeurent-elles sur place sans s'étendre ni se généraliser, soit par propagation directe (première hypothèse) soit par effusion de toxines (deuxième hypothèse)... Partout et toujours le même problème, l'inconnue qu'on ne résout pas en changeant son nom.

En évoquant ces deux théories, j'ai l'air de les considérer comme sans intérêt, et cela est si peu mon sentiment que j'ai passé la moitié de ma vie à appuyer la première d'entre elles. Je n'ai donc nullement pour but d'en démontrer la non-valeur, mais bien d'en souligner les lacunes. Et pour prendre quelques exemples frappants entre tous :

Pourquoi le staphylocoque doré dont la lésion type est le *furoncle* fait-il, chez certains malades seulement, un *sycosis* dont les pustules renaîtront sur place pendant des années, en dépit de tout traitement? Pourquoi un sujet tout seul parmi cent autres ne pourra-t-il pas appliquer du soufre sur sa peau sans y déterminer une dermite? Pourquoi une seule laveuse parmi cent autres fera-t-elle de l'eczéma professionnel dû à l'eau de Javel ou au savon?

Voilà le point d'interrogation. Et ce qu'il faut comprendre c'est qu'à travers les explications qui n'en sont pas, ce point d'interrogation marque toujours une lacune absolue de nos connaissances et

un fait dont il nous importerait au plus haut point de connaître les causes.

Et c'est pourquoi je dis que le plus gros problème de la dermatologie actuelle reste celui des idiosyncrasies d'autrefois. Si nous comprenions comment une peau humaine est sursensible au soufre ou à l'eau de Javel, nous comprendrions sans doute beaucoup d'eczémas dus à des causes externes diverses et méconnues, chimiques et microbiennes. Si nous savions comment un staphylocoque doré peut trouver le moyen de se perpétuer sur place alors que chez presque tous sujets il est expulsé en huit jours, nous comprendrions les sycosis et les eczémas qui nous semblent être microbiens.

Quant aux éruptions d'ordre anaphylactique ou anaphylactoïde, il y aurait encore à dire : la plus connue est celle que donne la *Primula obconica*, mais si les irritations cutanées auxquelles cette plante peut donner lieu semblent se répéter plus facilement à mesure qu'elles se multiplient sur le même sujet, on n'observe pourtant pas là de véritable anaphylaxie, c'est-à-dire une deuxième intoxication très brutale après la première; il y a une différence du plus au moins et c'est tout. Ce sont là des éruptions qui sauf la nature de la cause ressemblent à celles que donnent le soufre et l'eau de Javel.

En somme quelles conditions font une peau sensible par avance à des causes qui laissent d'autres peaux insensibles?

Quelles conditions favorisent l'acclimatation à demeure d'un microbe sur certains sujets, à côté d'autres sujets qu'il ne touche et ne touchera pas?

Voilà la question posée telle qu'elle doit l'être, sans mots grecs et sans théorie. Et la première question, la plus concrète semble être celle-ci : Pourquoi un corps simple tel que le soufre est-il, sous toutes formes, offensant pour certaines peaux alors qu'il ne l'est pas pour le plus grand nombre?

Peut-être toutes les autres inconnues du problème sont-elles contenues dans celle-là.

THÉORIE DE L'ALLERGIE DE LA PEAU

Par le Dr Eméric LEHNER et le Dr Edmond RAJKA
Travail du département des maladies de la peau de la Policlinique « Comte Albert Apponyi » à Budapest. Médecin en chef : Prof. Louis Török.

La théorie la plus acceptée attribue le processus allergique à la rencontre de deux composants : l'allergène et la réagine. Ni l'allergène, ni la réagine ne sont, pris en eux-mêmes, pathogènes, ce n'est que leur influence réciproque qui produit la réaction dite allergique.

Jusqu'à présent on n'étudiait ces réactions que soit dans les phénomènes héréditaires, soit dans les phénomènes allergiques, qui se manifestent spontanément (idiosyncrasie, anaphylaxie, sensibilisation) et comme tels le rôle de l'allergène a été rempli soit par des influences chimiques et physiques, soit par des êtres vivants parasitaires. Il s'entend que par leurs données intrinsèques, de tels phénomènes furent rendus moins aptes à l'expérience. Cependant la situation a beaucoup changé dès qu'il a été avéré, grâce aux expériences de la *sensibilisation artificielle*, que, moyennant certaines substances, n'importe quel organisme peut être rendu hypersensible, à condition que la sensibilisation soit effectuée par la méthode dite *dépôt-piqûres*, introduite par nous. L'essence de cette méthode consiste en l'emploi successif, journalier ou bijournalier, de la substance choisie, appliquée ou injectée toujours au même endroit de la peau. La sensibilisation commence d'ordinaire après la 4e ou 5e piqûre et se manifeste par le fait que la substance injectée pour la première fois *près du « dépôt »*, cause, après 24 heures, une inflammation, c'est dire une réaction tardive et auparavant non constatée. Poursuivant le traitement, de telles réactions se montrent non seulement à proximité des piqûres dépôt, mais aussi sur des endroits plus éloignés de la peau. En d'autres termes : la sensibilisation devient *générale*. De telle sorte on réussit à rendre

sensibles les sujets en expérience à la tuberculine, à la luétine, à l'extrait de trichophyton, au vaccin gonococcique, autant de substances à l'aide desquelles, moyennant la méthode habituelle, la sensibilisation n'avait jamais été obtenue.

Il y avait pourtant des substances et surtout des substances chimiques *définies* (morphine, atropine, histamine), à l'aide desquelles même la nouvelle méthode n'amenait point la sensibilisation. En conséquence nous étions déjà enclins à croire à l'existence de substances aptes et inaptes à la sensibilisation. Pourtant de nouvelles expériences ont abouti à un résultat surprenant, à savoir qu'en appliquant les susdites substances non pures mais mêlées en qualité de *composantes* à quelque sensibilisatrice avérée, nous trouvâmes, que fidèles à la technique du « dépôt », les sujets étaient devenus également sensibles à une substance chimique nettement définie. Nous avons eu recours, comme composants, en premier lieu à des *autosérums*. Un groupe de nos sujets reçut un mélange d'autosérum + morphine, l'autre un mélange d'autosérum + atropine, le troisième un mélange d'autosérum + histamine, selon les principes de la méthode du « dépôt » et nous constatâmes la réaction tardive comme positive, d'abord aux alentours du dépôt, puis en des endroits plus éloignés. De ce fait la peau de nos sujets devint sujette à la sensibilisation, même en présence de substances avec lesquelles la sensibilisation artificielle n'avait pu être obtenue jusque-là.

Au cours de nos expériences postérieures, nous employâmes, comme substance composante, non un sérum (*protéïne*), mais soit de la *cholestérine*, soit du *glucose*. Nous avons voulu nous persuader, en effet, si d'autres substances que les protéïnes peuvent se transformer en sensibilisatrices. De nouveau nous obtînmes un résultat positif. Il est probable que d'autres substances de l'organisme produisent également le même effet, ce qui expliquerait un grand nombre de phénomènes allergiques (idiosyncrasie, etc.), ayant été spontanément causés par une simple substance chimique.

L'étude de la sensibilisation artificielle implique non seulement la connaissance plus précise des substances de réaction, facteurs du processus allergique, mais aussi la découverte de nouvelles substances.

Les substances de réaction prennent leur origine dans les cellu-

les de la peau, mais on ne peut les démontrer, dans l'état actuel de notre connaissance, que dans le sang. Nous avons examiné avant tout, si l'effet inflammatoire (urticairigène) du sérum sanguin avait augmenté ou diminué par rapport à l'état normal, ou, plus précisément, nous avons cherché quel effet se produit sous l'influence du sérum, pris et injecté dans la peau chaque demi-heure *après* l'application de l'allergène, par rapport au sérum extrait *avant* l'expérience. Cette comparaison s'effectuait de telle sorte que nous introduisions les sérums à dose minime (0,02 cm^3) dans le chorion de la peau du dos de nos sujets et, 20 à 30 minutes après, nous mesurions les taches d'urticaire survenant après les piqûres. De la grandeur différente des taches d'urticaire et par certaines expériences de ligature des extrémités, nous avons constaté la présence d'une nouvelle substance dans le sang, propre soit à augmenter soit à diminuer l'effet inflammatoire du sérum. Donc, grâce à cette méthode d'injection du sérum dans la peau, nous démontrâmes l'existence de deux sortes de substances, causant les unes des réactions exagérées, les autres des réactions atténuées; les dernières s'accusent dès la troisième, et surtout lors des 4e-5e injections.

Nous reparlerons plus bas de ces substances douées de la faculté d'augmenter ou de diminuer l'inflammation de la peau. Ici nous nous contentons de remarquer que ces substances se forment et par conséquent peuvent être mises en évidence dans la peau d'individus normaux, c'est-à-dire non allergiques, ainsi que dans celle d'individus allergiques.

D'autres substances de réaction, telles que les *réagines* participent seulement au phénomène allergique. Les réagines, substances spécifiques, naissent dans les cellules, d'où elles pénètrent dans la circulation du sang. On les constate soit par des *réactions cutanées*, soit par des *crises hémoclasiques*, soit par des *expériences de transmission passive*.

Nous distinguons des réagines *stables*, fixées aux cellules et celles qui ont pénétré dans le sang (*réagines humorales*). On constate les premières par la méthode de transplantation (*Bloch*) et les seconnes par les humeurs du corps. A l'opposé de l'ancienne méthode de transmission, qui avait été fréquemment infructueuse, les expériences nouvelles se laissent reproduire avec une certaine régularité, en ne prenant pas, pour critérium de transmission, un effet maxi-

mum (*choc*), mais se contentant de l'*effet partiel*. Leur particularité commune c'est qu'elles produisent, par l'action simultanée sur le même point de la peau, des substances de réaction (contenues dans le sérum sanguin ou dans le liquide d'une bulle cutanée injectés dans la peau des sujets en expérience) et de l'allergène réinoculé une *réaction inflammatoire locale*. Le mérite d'avoir élaboré une telle méthode pour la première fois, revient à MM. Prausnitz et Küstner. La plupart des savants se contentent du fait que la réaction *primaire* est plus grande que celle du contrôle. Nous venons d'attirer l'attention sur les réactions *tardives*, se développant après 24 à 48 heures.

La méthode de transmission, que nous avons établie, utilise comme objet d'expérience non pas la peau humaine, mais l'*oreille du lapin*. On injecte dans une des oreilles du lapin, soit le sérum sanguin du malade, soit le contenu d'une bulle cutanée. Après avoir légèrement scarifié la peau de l'oreille du lapin, on y applique l'allergène en question. L'autre oreille reçoit l'allergène et le sérum de contrôle. Après 24 heures on enlève les pansements éventuels. Le cas étant positif, l'oreille traitée au sérum hypersensible montre une inflammation plus intense et plus durable que l'oreille de contrôle. De telle sorte nous parvînmes à transférer des réagines dans des cas de dermite causée par le leukoplast, l'arabia (teinture de cheveux), le novarsénobenzol, la primevère, dans plusieurs cas de maladie de Duhring, plus tard en cas de sensibilisation artificielle et d'allergies physiques. D'ailleurs, adoptant notre méthode, M. Pisani et Mlle Adelsberger ont aussi obtenu des résultats positifs.

Nous rencontrâmes, lors de nos expériences plus récentes, un phénomène jusqu'à présent inconnu. Nous avons remarqué qu'au cours de transmission passive, après l'action répétée de l'allergène, il se produisit, à l'endroit de l'injection, des réactions *plus faibles* qu'aux parties traitées avec un sérum normal. Nous avons constaté ce phénomène tant lors des réactions Prausnitz-Küstner, qu'avec notre méthode avec l'oreille du lapin. A notre avis, cette réaction diminuée est causée par des *déréagines*, corps semblables aux réagines, mais d'une influence nettement contraire. Nous les avons démontrés de même que les réagines. Le sérum en question fut injecté soit dans la peau du dos de sujets non atteints, soit dans

une des oreilles du lapin, tandis que le sérum, servant de contrôle, fut inoculé en cas de sujets humains, encore dans leur peau du dos et, dans le cas du lapin, à l'autre oreille. Après tout cela, nous appliquâmes l'allergène toujours à des doses et des intensités égales. L'expérience est positive, si l'endroit traité au sérum du malade produit une réaction plus *faible*.

Ici il ne peut pas être question d'une simple diminution ou d'un manque de réagine, puisqu'alors, au cours des essais de transmission, l'inflammation allergique serait tout au plus conforme à la réaction de contrôle, mais d'une substance spécifique, qui atténue les réactions allergiques. Nous avons observé depuis ces *déréagines* avec une certaine régularité. Il nous paraît bien probable que la réagine contribue à chaque processus d'hypersensibilité (idiosyncrasie, anaphylaxie, sensibilisation), tandis que la déréagine joue son rôle dans des manifestations allergiques d'hyposensibilité.

Les conclusions tirées de ces recherches dessinent sous nos yeux les contours d'une *nouvelle théorie* sur l'allergie, qui peut être considérée comme une modification de la théorie de M. Doerr. Cette nouvelle théorie remonte en partie aux travaux de Török et de son école où l'on avait depuis longtemps constaté la présence de certaines substances douées de la qualité d'augmenter ou de diminuer l'inflammation de la peau humaine, en partie aux expériences de M. Th. Lewis et de ses élèves, dont les observations sont conformes aux nôtres, en les ayant même, sur plusieurs points, devancées.

Notre point de départ fut donné par les expériences relatant que chaque *action inflammatoire* quelle qu'elle soit, chimique ou physique, provoque l'inflammation de la peau en corrélation avec une *substance intermédiaire*. C'est cette substance qui devient libre dès l'abord dans la peau, pour causer, *concurremment avec l'influence phlogogène proprement dite*, la réaction inflammatoire. *C'est une particularité, propre tant aux corps normaux qu'allergiques, que de répondre à une action inflammatoire par la production de substances intermédiaires servant à effectuer l'inflammation* (c'est-à-dire à l'augmenter ou à la diminuer), que cette action (chimique ou physique) agisse sur la peau de l'extérieur ou de l'intérieur ou que l'organisme soit normal ou allergique. Le seul trait différentiel entre un organisme normal et un organisme

allergique c'est que ce dernier contient des réagines (des déréagines).

On a estimé jusqu'à présent qu'une substance *chimique*, arrivée à la peau atteinte d'allergie, se lie directement avec la réagine et que leur réaction l'une sur l'autre provoque la réaction dite allergique, qui se manifeste en général sous forme d'inflammation. Cependant la mise en lumière des substances servant d'intermédiaires à l'inflammation (*substances inflammatoires*) implique leur intercalation entre les deux autres composantes. Il en est de même des allergies physiques. Ce sont les substances inflammatoires qui deviennent tout d'abord libres, aussi dans leur cas; leur action s'associe, en même temps que l'action physique, à la réagine. On distingue donc dans chaque réaction allergique *trois facteurs* : 1° l'*allergène*; 2° la *réagine*, respectivement la *déréagine*; 3° la *substance intermédiaire* qui augmente ou diminue l'inflammation. Chez un sujet normal deux facteurs suffisent pour provoquer l'inflammation : l'*action inflammatoire* et la *substance inflammatoire intermédiaire*. En d'autres termes : la réagine accélère ou rend plus intense un processus qui se montre sous l'action inflammatoire des substances inflammatoires intermédiaires, dans n'importe quel organisme. De plus, même des actions qui ne causent, chez un sujet normal, aucune réaction perceptible, provoquent de fortes et de durables réactions dès que la réagine s'y mêle. Par contre, les déréagines agissent dans le sens opposé.

Du fait que la substance inflammatoire peut être dégagée de chaque sujet par n'importe quelle influence inflammatoire, il s'en suit qu'il s'agit là d'une substance *non spécifique*, à l'opposé de la réagine et de la déréagine qui ne se montrent que dans un organisme allergique et qu'on doit prendre pour strictement *spécifiques*. C'est la différence capitale entre les deux sortes de substances. Cette différence influe aussi sur les procédés de vérification. On démontre les substances inflammatoires non spécifiques d'une façon non spécifique, en inoculant les sérums purs avant ou après l'action inflammatoire, soit au sujet fournissant le sérum, soit à n'importe quel autre sujet. Tandis que pour démontrer la réagine et la déréagine, substances spécifiques, il ne suffit point d'introduire les sérums purs, puisque la réaction allergique se produit seulement à la condition qu'un allergène y soit ajouté, qui corresponde spécifi-

quement à la réagine (déréagine) présente. Tant les substances inflammatoires que la réagine et la déréagine sont donc susceptibles d'être transférées d'une façon passive, mais les méthodes de transmission diffèrent entre elles.

Un autre trait différentiel entre les substances inflammatoires et les corps à réaction spécifiques (réagines et déréagines) c'est que l'augmentation ou l'atténuation de l'inflammation n'est jamais aussi intense chez les premières que l'effet de la réagine et de la déréagine. Prenons un exemple : selon notre connaissance actuelle, les substances rehaussant l'inflammation ne peuvent faire accroître que les taches de l'urticaire expérimentale, tandis que la réagine, mêlée aux mêmes substances, arrive à produire une inflammation durable ou même une nécrose (voir l'effet du sérum en cas du *phénomène d'Arthus*).

Que les substances inflammatoires intermédiaires d'une part et la réagine et la déréagine de l'autre ne sont point des substances identiques, cela résulte encore du fait qu'elles ne s'avoisinent pas toujours simultanément dans le sang. On peut supposer, qu'en général, l'état de sensibilisation résulte de la présence de la substance inflammatoire augmentatrice et de la réagine, tandis que l'état de désensibilisation est causé par celle de la substance atténuatrice et de la déréagine. Pourtant, il n'y a pas, quant à l'apparition de ces quatre sortes de substances, un parallélisme d'une nécessité absolue : elles peuvent alterner dans des combinaisons différentes.

En cas de répétition de l'application des allergènes, la phase de sensibilisation est suivie par le stade de la *désensibilisation*. Le début de la sensibilisation coïncide avec le commencement de la formation des réagines. Le « titer » des réagines augmente rapidement. Les essais cutanés et les expériences de transmission passive amènent une réaction inflammatoire plus intense. En réitérant l'action des allergènes, lesdits essais et transmissions ne répondent que par une inflammation diminuée. Ce fait est imputable à l'effet des déréagines. Entre ces deux stades il y a une *période de transition*, lorsque les épreuves cutanées ne sont ni plus fortes, ni plus faibles et quand on reçoit, dans les essais de transmission, des réactions conformes au contrôle, c'est-à-dire négatives. Cette période a lieu au moment où la réagine et la déréagine se tiennent

en équilibre, en neutralisant leur effet réciproque (*phase de neutralisation*). Cette *fluctuation* des réactions : leur augmentation, puis leur retour à l'état normal et plus tard leur diminution s'effectue, à condition qu'on fasse emploi de la méthode du « dépôt », avec une certaine régularité.

Cette même fluctuation, décrite par rapport à la réagine et à la déréagine, peut être observée aussi quant aux substances inflammatoires intermédiaires. D'abord les augmentatrices, puis les diminuatrices priment parmi elles et revient, entre ses deux phases, la période, où les deux substances sont équilibrées. Ce fait est attesté par la grandeur égale des taches d'urticaire provoquées par les sérums.

Lors d'une action allergique, qu'elle soit chimique ou physique, seuls les vaisseaux sanguins, atteints directement par la cause qui produit l'inflammation, participent à la réaction inflammatoire. De là la délimitation nette des changements inflammatoires causés par des actions physiques qui se localisent à l'endroit précis de l'action physique.

Les *substances inflammatoires* apparaissent immédiatement après l'action dans le sang, mais un certain temps s'écoule jusqu'à ce qu'elles s'accumulent au point de pouvoir être constatées. Elles culminent, en général, après *10-20-30 minutes*, pour disparaître, une autre demi-heure ou une heure après, complètement du sang. Cette observation est valable également pour les *réagines* et les *déréagines*. A un certain moment propice, leur quantité atteint aussi un maximum dans le sang. Dans le sang des sujets atteints d'allergie il circule, de règle, des corps spécifiques de réaction, susceptibles d'être démontrés dans le sérum sanguin par des essais de transmission passive. Néanmoins de tels essais aboutissent souvent à un résultat négatif, puisqu'on ne trouve dans le sang des réagines (déréagines) circulant librement, donc propres à la transmission passive, que dans une quantité bien restreinte. Pourtant si, au cours de telles expériences, on ne prend le sang d'un malade atteint d'allergie qu'après l'avoir exposé à l'action de l'allergène spécifique, cette action délivre de nouvelles réagines (déréagines) qui, en augmentant dans le sang, peuvent être démontrées plus facilement. Par conséquent on arrive à démontrer les réagines (déréagines) plus souvent et plus sûrement avec du sang pris

10-20-30 minutes *après* l'action allergique qu'avec du sang pris *avant* l'action. Non seulement cette méthode facilite l'accomplissement des essais de transmission passive, elle donne aussi — ce qui importe au point de vue *thérapeutique* — la possibilité de travailler avec du sang pris au moment le plus propice et contenant, de ce fait, le plus grand nombre de déréagines.

LE TRAITEMENT DES ULCÈRES VARIQUEUX PAR L'ACÉTYLCHOLINE

Par I. DAINOW, Assistant interne.
Travail de la Clinique Dermatologique Universitaire de Genève.
Directeur : Professeur Ch. Du Bois.

Le traitement local des ulcères variqueux est aujourd'hui ce qu'il était il y a une quarantaine d'années. On sait qu'on peut en attendre, au bout d'un temps souvent long, une cicatrisation incertaine suivie de récidives qui acheminent le malade vers l'impotence. Ceci dans les meilleures conditions, lorsque le malade accepte d'interrompre ses occupations et de garder le lit pendant toute la durée du traitement.

Sur 199 cas d'ulcères variqueux hospitalisés dans notre service de 1918 à 1929, 62 quittèrent la clinique après un séjour prolongé sans être guéris ; ce qui porte le nombre des échecs à 31,2 0/0.

On s'est efforcé, au cours des dernières années, d'améliorer les résultats de cette thérapeutique décevante, et deux moyens ont été proposés pour modifier le terrain sur lequel évoluent les ulcères variqueux : *le traitement insulinique, et la sympathectomie périartérielle.*

Le traitement insulinique.

A la suite d'essais sur quelques malades non diabétiques atteints d'ulcères variqueux et guéris par un traitement insulinique, Ambard et Pautrier purent croire à la découverte d'un traitement général de cette affection par l'intermédiaire du métabolisme des hydrates de carbone.

Pour ces auteurs, l'insuline modifie profondément la nutrition intime des éléments cellulaires en leur permettant une meilleure combustion et une meilleure utilisation de leurs sucres (Pautrier,

Réun. derm. Strasb., 20. VII. 1924 ; 18. I. 1925). Il serait donc logique de venir au secours d'un organe ou d'un tissu déficient quelconque en suractivant le métabolisme de ses hydrates de carbone par l'insuline (Ambard, *Soc. méd. Hôp. Paris*, 12. VI. 1925).

Le traitement insulinique institué par Ambard et Pautrier chez leurs malades consista, chez les uns, en injections hypodermiques accompagnées de pansements locaux à l'insuline liquide ; chez d'autres, uniquement en poudrages d'insuline. L'insuline en poudre contenant beaucoup d'unités dans un petit volume était mélangée à du lactose et du sulfate de soude (*Réun. derm. Strasb.*, mai 1925). Les résultats ont paru identiques (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 12. VI. 1925).

Des travaux plus récents permettent d'interpréter tout autrement les résultats d'Ambard et Pautrier.

Adlersberg et Perutz, qui ont également traité avec succès des ulcères variqueux par des pansements humides à l'insuline, ont montré que l'insuline employée ainsi ne produit pas d'hypoglycémie ; qu'elle n'est donc pas résorbée au niveau des plaies sur lesquelles on l'applique, et ne peut avoir qu'une action locale dans leur cicatrisation.

Peu après, Nathan et Munck ont apporté la preuve expérimentale de ce que les succès obtenus étaient dus à l'acidité de la solution d'insuline employée, et non à l'insuline elle-même. Les expériences de contrôle leur permirent en effet d'obtenir avec le liquide seul où l'insuline était dissoute, de même qu'avec une solution acide d'un pH équivalent, des résultats identiques à ceux qu'avait donnés la solution d'insuline originale, alors que l'insuline dissoute dans du sérum physiologique demeurait sans effet.

Il ne saurait donc plus être question d'une action générale de l'insuline sur la cicatrisation des ulcères variqueux par l'intermédiaire du métabolisme des hydrates de carbone.

Le manque d'expériences de contrôle interdit de nier catégoriquement l'action de l'insuline en poudre. Cependant, après ce qui précède, on ne pourrait accorder à cette substance qu'un rôle purement local, ce qui la mettrait au rang des topiques habituels. En ce qui nous concerne, nous sommes tentés d'attribuer les bons résultats obtenus au moyen de la poudre d'insuline au lactose qui lui servait d'excipient. Une communication de Barthelemy à la Soc.

derm. de Nancy sur « Le traitement des ulcères variqueux par l'eau sucrée » vient appuyer cette manière de penser ; et nous-mêmes avons vu un ulcère variqueux rebelle à tous les traitements pendant des mois cicatriser rapidement après application de sucre en poudre.

La sympathectomie.

La sympathectomie périartérielle est le dernier en date des procédés employés jusqu'ici dans le traitement des ulcères variqueux.

Cette intervention produit une vasodilatation générale au niveau des quatre membres, plus marquée cependant au niveau du membre opéré, et l'augmentation du débit artériel qui en résulte favorise la cicatrisation des plaies atones et ulcéreuses.

La vasodilatation ainsi obtenue persiste 2-3 semaines en moyenne, et c'est pendant ce laps de temps, souvent trop court selon l'importance des lésions que l'on veut cicatriser, que doivent s'opérer les améliorations désirées. Aussi cette opération ne peut-elle être tentée dans les ulcérations des membres qu'avec 1 chance sur 2 de cicatrisation rapide ; le résultat favorable ne persiste guère plus de 6 mois, et il n'y a que 4 chances sur 100 d'éviter la récidive avant la fin de l'année (Leriche, *XXXVI[e] Congrès français de Chirurgie*, 1927). Par surcroît, cette intervention n'est pas tout à fait inoffensive : la perforation de l'artère au cours de la dénudation, la rupture secondaire de la zone dénudée, la thrombo-artérite secondaire, sont des complications souvent bénignes, mais qui peuvent aboutir à l'amputation du membre ou à la mort du malade.

La sympathectomie périartérielle apparaît donc bien plus comme une intervention à tenter dans les cas où toutes les thérapeutiques ont échoué que comme une méthode de choix dans le traitement des ulcères variqueux.

Elle marque cependant un progrès important dans ce domaine.

Elle a montré, en effet, qu'une vasodilatation temporaire au niveau du membre malade est capable de modifier suffisamment le terrain pour permettre la cicatrisation rapide d'un certain nombre de vieux ulcères rebelles à tous les traitements. Il est dès lors devenu permis de penser qu'une vasodilatation suffisamment prolongée permettrait non seulement de les guérir tous, mais encore

d'obtenir une réparation des lésions assez solide pour éviter, sinon toutes les récidives, du moins les récidives à brève échéance.

C'est dans cette idée que nous avons appliqué au traitement des ulcères variqueux un vasodilatateur introduit récemment dans la thérapeutique par M. Villaret et L. Justin Besançon : *l'acétylcholine*.

L'Acetylcholine.

Sans nous attarder aux détails, qu'on peut trouver dans les articles de Villaret et Besançon dont nous donnons à la fin de ce travail la bibliographie, nous nous bornerons à rappeler que cette substance agit comme un dilatateur des artères, et particulièrement des artérioles des membres. Son action est persistante à condition qu'on dépasse la dose de 5 centigrammes par jour. Villaret et Besançon en ont injecté dans certains cas 10 centigrammes matin et soir pendant deux semaines sans observer aucune accoutumance, et sans avoir besoin d'élever les doses.

Elle doit être administrée en injections hypodermiques. Il n'y a pas de contre-indication.

La préparation que nous avons employée est le *chlorhydrate d'acétylcholine « Roche »* en solution stabilisée à 5 o/o. Administrée à raison de 5 centigrammes (1 cc.) par jour à nos premiers malades, puis à raison de 10 centigrammes, elle n'a jamais produit de phénomènes quelconques d'intolérance. L'injection en est presque indolore.

Afin de rendre nos résultats thérapeutiques comparables à ceux des années précédentes, où seul un traitement local était appliqué aux ulcères variqueux, nous avons traité nos malades localement comme nous l'aurions fait sans le secours de l'acétylcholine, c'est-à-dire par des compresses de vin aromatique, d'eau d'Alibour, d'eau boriquée selon l'état des jambes, ou par des applications de pommades diverses.

Ceci nous permettait en outre de tenter un essai prolongé de l'acétylcholine sans courir le risque d'une perte de temps considérable en cas d'échec de ce médicament.

Il nous paraît nécessaire, pour donner une idée exacte de cette manière de procéder et des résultats obtenus, de résumer rapide-

ment les observations des 18 malades que nous avons traités ainsi, et qui furent préalablement soumis à des examens cliniques et sérologiques approfondis en vue d'éliminer, autant qu'il est possible, toute affection héréditaire ou acquise pouvant déterminer des ulcères de jambes.

Observations

Observation 1.

Mme A. G..., 54 ans. Ulcères variqueux à la face interne des deux jambes, en leur 1/3 inférieur : à droite, un ulcère à contours géographiques, mesurant 9 × 6 centimètres, dans ses plus grandes dimensions, et datant de 2 ans ; à gauche, un ulcère de 3 × 3 centimètres, ayant débuté il y a 3 mois.

Traitement : repos au lit ; compresses de vin aromatique sur les ulcères pendant une semaine, puis compresses d'acétate d'albumine, puis pommade au dermatol, sans qu'on observe au bout de 12 jours aucune amélioration. On institue alors un traitement par l'acétylcholine dont la malade reçoit 4 injections de 5 centigrammes.

Cicatrisation complète en 4 jours.

Observation 2.

Mme H. B..., 53 ans. Depuis 16 ans, ulcères variqueux à la jambe droite. Il y a une année, extirpation de la saphène interne droite et greffe des ulcères. Depuis l'opération, troubles circulatoires du membre opéré.

En mars 1929, au niveau de l'ulcère greffé, deux petits greffons se sont éliminés, et il se forme à leur place deux ulcérations de 1 centimètre de diamètre, qui s'accroissent.

Traitement : repos au lit ; compresses de vin aromatique ; injections quotidiennes de 5 centigrammes de chlorhydrate d'acétylcholine.

Cicatrisation complète en 19 jours.

Observation 3.

M. A. M..., 58 ans. 21 séjours antérieurs dans le service depuis 1918 pour ulcères variqueux ; les 3 derniers séjours : 10 semaines en 1923, 8 semaines en 1925, 15 semaines en 1926-1927 sans obtenir de cicatrisation.

Le malade entre dans le service en juin 1929 pour son ulcère, qui est particulièrement torpide et calleux, et qui mesure 2 centimètres de diamètre environ.

Traitement : repos au lit. Compresses d'eau d'Alibour. Injections quotidiennes de 5 centigrammes de chlorhydrate d'acétylcholine.

Cicatrisation complète en 15 jours.

Observation 4.

Mme P. C..., 62 ans. A la face externe de la jambe gauche, en son 1/3 inférieur, deux petits ulcères de 1/2 centimètre de diamètre, au centre d'un large placard d'eczéma variqueux.

Traitement : repos au lit. Compresses d'eau boriquée. Amélioration de l'eczéma, mais aucun changement dans l'état de l'ulcère au bout de 8 jours. On fait alors des injections quotidiennes de 5 centigrammes de chlorhydrate d'acétylcholine.

Cicatrisation complète au bout de 4 jours.

Observation 5.

M. M. J..., 67 ans. A la face interne de la jambe droite, en son 1/3 inférieur, un ulcère variqueux de la grandeur d'une pièce de 1 franc ; au même niveau, à la face antérieure de la jambe, une petite ulcération lenticulaire.

Traitement : repos au lit. Compresses d'eau boriquée puis de vin aromatique. Injections de 5 centigrammes de chlorhydrate d'acétylcholine pendant 2 jours, puis injections quotidiennes de 10 centigrammes.

Cicatrisation complète en 14 jours.

Observation 6.

M. C. C..., 57 ans. Œdème du 1/3 inférieur de la jambe droite et du pied ; fort eczéma variqueux ; 45 ulcérations, dont la plus grande a le diamètre d'une pièce de 50 centimes.

Traitement : repos au lit ; compresses d'eau d'Alibour ; injections quotidiennes de 10 centigrammes de chlorhydrate d'acétylcholine.

Cicatrisation complète en 10 jours.

Observation 7.

Mme C. L..., 59 ans. A la face antérieure de la jambe gauche, en son 1/3 inférieur, un ulcère variqueux de 10 × 3 centimètres.

Repos au lit ; traitement local habituel ; injections quotidiennes de 10 centigrammes de chlorhydrate d'acétylcholine.

Cicatrisation complète en 33 jours.

Observation 8.

Mme A. G..., 59 ans. Ulcères variqueux depuis 3 ans. En 1927, séjour d'un mois dans le service pour un ulcère de la grandeur d'une pièce de 5 francs, sans obtenir de cicatrisation.

Revient en juin 1929 avec un ulcère de 2 × 1,5 centimètre au-dessous de la malléole interne gauche.

Traitement : repos au lit ; compresses de vin aromatique ; injections quotidiennes de 10 centigrammes de chlorhydrate d'acétylcholine.

Cicatrisation complète en 28 jours.

Observation 9.

Mme A. M..., 50 ans. Au-dessous de la malléole externe gauche deux ulcères assez profonds, de 1 × 1,5 centimètre, au centre d'un placard d'eczéma variqueux.

Traitement : repos au lit; compresses de vin aromatique sur les ulcères et pommade au dermatol tout autour ; injections quotidiennes de 10 centigrammes de chlorhydrate d'acétylcholine.

Cicatrisation en 11 jours.

Observation 10.

Mme C. J..., 47 ans. Deux séjours antérieurs dans le service pour ulcères variqueux : l'un en 1922 : 5 semaines et demie ; l'autre en 1925 : 1 mois ; les deux suivis de guérison.

Entre dans le service en juillet pour récidive d'ulcères variqueux situés sur le bord antérieur de la jambe gauche, à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur : l'un de 5 × 6 centimètres, l'autre de 1 × 2 centimètres.

Traitement : repos au lit ; compresses d'acétate d'alumine puis de vin aromatique. Au bout d'une semaine, aucun changement. On fait alors des injections quotidiennes de 10 centigrammes de chlorhydrate d'acétylcholine. On note au bout d'une semaine une très grande amélioration, et la cicatrisation est complète un mois après la première injection.

Observation 11.

Mme D. R..., 32 ans. A la face antéro-interne de la jambe droite, à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur, un ulcère variqueux profond, de 2 × 4 centimètres. Cet ulcère est survenu il y a 12 ans à la suite d'un coup sur une jambe variqueuse, a été fermé pendant 6 mois il y a 4 ans, et s'est rouvert à la suite d'un nouveau coup reçu au même endroit. Il est entouré d'une large zone d'eczéma variqueux. La malade est enceinte de 4 mois.

Traitement : repos au lit ; compresses de vin aromatique ; pommade au dermatol autour de l'ulcère ; injections quotidiennes de 10 centigrammes de chlorhydrate d'acétylcholine.

Cicatrisation complète en 17 jours.

Aucun effet du traitement sur la grossesse.

Observation 12.

Mme Z. L..., 54 ans. Eléphantiasis et lymphangite de la jambe gauche, au 1/3 moyen de laquelle on constate 5 ulcères variqueux mesurant 6 × 4 centimètres, 4 × 5 centimètres, et le plus petit 1 × 0,5 centimètres. Les ulcères datent de 2 ans ; la lymphangite de 15 jours.

Traitement : sur la jambe, ichtyol pur ; sur les ulcères, tampons de vin aromatique. Injections quotidiennes de chlorhydrate d'acétylcholine (10 cgr.).

Cicatrisation complète de tous les ulcères en 34 jours.

Observation 13.

Mme C. A..., 61 ans. Depuis une vingtaine d'années, ulcères variqueux de la jambe droite, pour lesquels la malade a fait trois séjours dans notre service, en 1920, 1924 et 1928. La guérison fut chaque fois obtenue en 4-5 semaines, et les récidives se produisirent aussitôt que la malade eut quitté l'hôpital.

Actuellement, érysipèle de la jambe droite, qui présente à l'union de son 1/3 moyen et de son 1/3 inférieur 4 ulcères dont le plus grand mesure 4 × 3 centimètres environ, et le plus petit 1 × 1 centimètre.

Traitement : ichtyol pur sur la jambe ; tampons de vin aromatique sur les ulcères. Injections quotidiennes de 10 centigrammes de chlorhydrate d'acétylcholine.

Guérison complète en 39 jours.

Observation 14.

Mme A. M..., 50 ans. Au-dessous de la malléole interne gauche, petit ulcère variqueux de moins d'un centimètre de diamètre, datant de plusieurs mois, dont les bords, taillés à pic, sont durs et paraissent particulièrement atones.

Traitement local et injections quotidiennes de 10 centigrammes de chlorhydrate d'acétylcholine.

Guérison complète en 23 jours.

Observation 15.

Mme M. C..., 49 ans. Au-dessus de la malléole interne gauche, ulcère variqueux de 4 × 5 centimètres datant d'un an, et traité localement dès le début, sans succès.

Traitement : compresses de vin aromatique et injections quotidiennes de 10 centigrammes de chlorhydrate d'acétylcholine.

Guérison en 23 jours.

Observation 16.

Mme W. G..., 32 ans. Deux ulcères variqueux de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, datant de 9 mois, l'un situé au-dessus, l'autre au-dessous de la malléole interne gauche.

Traitement local habituel et injections quotidiennes de 10 centigrammes de chlorhydrate d'acétylcholine.

Guérison en 22 jours.

Observation 17.

Mme C. A..., 70 ans. Malade diabétique (sucre dans l'urine : 4,5 o/oo; glycémie : 1,58 o/oo). Ulcères variqueux de la jambe gauche datant d'une vingtaine d'années, et qui n'ont jamais été guéris malgré les traitements les plus variés. Au début de la guerre, la malade a gardé le lit pendant 3 mois sans résultat. Depuis 6 mois elle est traitée sans succès par une pommade à l'insuline.

Actuellement : à la face antérieure de la jambe gauche en son 1/3 moyen, 3 ulcères dont le plus grand mesure 3 × 3 centimètres et les deux autres 1 × 1 centimètre environ.

Traitement : repos au lit ; compresses de vin aromatique ; injections quotidiennes de 10 centigrammes de chlorhydrate d'acétylcholine ; régime diabétique (Pas d'insuline).

Cicatrisation complète en 28 jours.

Observation 18.

(Nous plaçons ici cette observation, bien qu'elle concerne une des premières malades que nous ayons traitées par l'acétylcholine, parce qu'elle constitue le seul échec que nous ayons enregistré, et qu'elle pose une question d'un intérêt considérable quant à l'action pharmacodynamique de ce médicament).

Mme M. L..., 60 ans. Hospitalisée depuis 8 mois pour un ulcère variqueux siégeant à la face externe de la jambe gauche en son tiers inférieur.

Cet ulcère, qui date de 3 ans, mesurait 15 × 8 centimètres à l'entrée de la malade dans le service. Il mesure actuellement 3,5 × 2 centimètres et depuis deux mois et demi la cicatrisation ne se fait plus, malgré le repos au lit strictement observé, et les traitements locaux les plus divers (compresses, pommades, pansements à la colle de zinc, rayons ultra-violets appliqués seuls, ou simultanément avec les rayons infra-rouges).

On institue alors un traitement par l'acétylcholine, dont la malade reçoit des injections quotidiennes de 5 centigrammes. Localement on fait des applications alternées de vin aromatique, d'eau d'Alibour, de pommade au nitrate d'argent et de pommade au dermatol.

La cicatrisation reprend dès la sixième piqûre, se poursuit lentement pendant deux semaines et demie, et marque un nouveau temps d'arrêt de plusieurs jours. On augmente alors la dose d'acétylcholine, dont la malade reçoit 10 centigrammes par jour. La cicatrisation reprend de nouveau, se poursuit lentement pendant cinq nouvelles semaines, et cesse de nouveau. L'ulcère mesure à ce moment 2 × 1 centimètres.

Cinq jours plus tard il s'est élargi, bien que le traitement n'ait été modifié en rien. Pendant trois semaines il augmente de surface, et atteint les dimensions de 3 × 2 centimètres, qui sont celles à peu près qu'il avait avant le traitement par l'acétylcholine.

On cesse l'acétylcholine.

La malade est mise à l'insuline, dont elle reçoit 10 unités par jour en injections, tandis qu'on applique sur l'ulcère des compresses qui en sont imbibées.

Un mois plus tard les dimensions de l'ulcère sont les mêmes 3 × 2 centimètres.

La malade est alors transférée en chirurgie, où elle subit une sympathectomie périfémorale et une greffe de son ulcère (greffe de Dandee). Guérison en cinq semaines.

On le voit, cette observation ne constitue pas un échec complet de l'acétylcholine, puisque la cicatrisation, stationnaire depuis deux mois et demi, a repris dès la sixième injection et que les dimensions de l'ulcère ont diminué des 2/3 en huit semaines.

Mais que s'est-il passé après ?

Nous ne pensons pas que l'acétylcholine ait simplement épuisé son effet ; car dans ce cas nous n'aurions pas observé autre chose qu'un arrêt de la cicatrisation, et les limites de l'ulcère seraient restées ce qu'elles étaient à ce moment : 2 × 1 centimètres. Or, dans les trois semaines qui suivirent, l'ulcère s'élargit au point d'atteindre des dimensions trois fois plus grandes : 3 × 2 centimètres, alors que la malade observait le repos au lit le plus rigoureux, que les pansements étaient renouvelés avec le plus grand soin, et sans qu'on puisse incriminer la moindre infection, le moindre traumatisme, ni la moindre modification du traitement.

D'autre part, dès qu'ont eut supprimé les injections d'acétylcholine, l'ulcère cessa de croître, et ses limites, un mois plus tard, n'avaient pas varié (3 × 2 cm.).

Il nous paraît logique, dans ces conditions, d'attribuer à l'action de l'acétylcholine non seulement la reprise de la cicatrisation observée au cours du traitement, mais aussi l'accroissement final de l'ulcère.

Le problème qui se pose est celui du mécanisme de cette action, qui devrait comporter deux phases antagonistes puisqu'elle aboutit successivement à deux effets opposés. En ce qui nous concerne, nous sommes tentés de le résoudre par analogie avec l'action d'autres vasomoteurs, en particulier de l'atropine.

Cette substance, antagoniste de l'acétylcholine, a pour effet de produire une vasoconstriction avec élévation de la pression san-

guine ; au delà d'une certaine dose, variable selon les individus, elle produit l'effet contraire : vasodilatation et chute de la pression.

Nous ne connaissons pas de cas où l'acétylcholine ait été administrée de façon aussi prolongée que chez notre malade, et nous ignorons tout de son action au bout d'un temps aussi considérable. Mais rien ne nous interdit de penser qu'elle peut s'accumuler dans l'organisme et atteindre à un moment donné la dose nécessaire à la production d'un effet opposé à son effet habituel.

Bien entendu, ceci n'est qu'une hypothèse, et des recherches ultérieures viendront peut-être l'infirmer. Mais si elle est exacte, il est probable qu'après élimination de l'acétylcholine accumulée une nouvelle cure de ce médicament nous eût permis d'obtenir la guérison de la malade sans recourir au traitement chirurgical.

Ainsi, sur 18 cas d'ulcères variqueux hospitalisés dans notre service depuis le mois de mars 1929 et traités par l'acétylcholine, 17 ont guéri, et pour aucun la durée du traitement n'a dépassé 6 semaines. Ceci représente un très grand progrès dans la thérapeutique de cette affection, et l'on s'en rendra particulièrement bien compte en comparant les tableaux où nous avons groupé les résultats obtenus au cours des années précédentes, et ceux que nous observons depuis l'emploi de l'acétylcholine.

La proportion des échecs est en effet tombée de 31,2 o/o à 5,5 o/o ; et la durée du traitement se trouve considérablement abrégée, puisque plus du tiers (35,8 o/o) des cas guéris sans acétylcholine avaient été traités pendant un laps de temps variant de 6 semaines à 11 mois.

Les cicatrices de nos malades sont roses, souples, et paraissent d'excellente qualité. Elles sont encore trop récentes pour que nous puissions parler de leur durée ; mais nous publierons ultérieurement les résultats éloignés du traitement des ulcères variqueux par l'acétylcholine.

Conclusions

L'acétylcholine associée au traitement local nous a donné dans le traitement des ulcères variqueux des résultats meilleurs que tous ceux qui furent observés jusqu'ici.

Cette manière de procéder constitue à notre avis *une méthode thérapeutique* dans un domaine où il n'en existait pas, et où la multiplicité même des traitements employés témoignait de leur insuffisance.

Ulcères traités de 1918 à 1929. Traitement local seul				Ulcères traités actuellement. Traitement local et acétylcholine			
Durée du traitement	Nombre des cas	Nombre des guérisons	Nombre des échecs	Durée du traitement	Nombre des cas	Nombre des guérisons	Nombre des échecs
Moins de 1 semaine	0			Moins de 1 semaine	2	2	0
1-2 sem.	5	2	3	1-2 sem.	3	3	0
2-3 »	20	14	6	2 3 »	3	3	0
3-4 »	35	28	7	3-4 »	5	5	0
4-5 »	36	28	8	4-5 »	3	3	0
5-6 »	22	16	6	5-6 »	1	1	0
6-7 »	14	10	4	6-7 »			
7-8 »	14	10	4	7-8 »			
8-9 »	12	5	7	8 9 »			
9-10 »	6	6	0	9-10 »			
10-11 »	7	2	5	10-11 »			
11-12 »	3	0	3	11-12 »	1	0	1
3-4 mois	8	7	1				
4-5 »	4	3	1				
5-6 »	7	2	5				
6-7 »	3	1	2				
7-8 »	0						
8-9 »	0						
9-10 »	2	2	0				
10-11 »	1	1	0				
	199	137	62 = 31,2 o/o		18	17	1 = 5,5 o/o

En plus de la régularité et de la rapidité des résultats qu'on peut en attendre, cette méthode présente l'avantage d'être simple, de ne nécessiter aucun appareillage spécial, et de pouvoir être appliquée aussi bien au domicile du malade que dans un établissement hospitalier.

Elle ne comporte pas de contre-indications.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pautrier, Ambard, Schmid et Salmon. — Ulcère de jambe chez une glycémique traitée par l'insuline. *Réun. derm. Strasb.*, 20. VII. 1924, *in Bull. Soc. fr. Derm.*, 1924, R. S. 141.

2. Pautrier, Ambard, Schmid et Lévy. — Ulcère de jambe guéri par l'insuline chez une hyperglycémique sans glycosurie, et ulcère de jambe guéri par l'insuline chez une malade à glycémie normale. *Réun. derm. Strasb.*, 18. I. 1925.
3. Ambard et Schmid. — De certains effets trophiques de l'insuline chez les sujets non diabétiques. *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. Paris*, 12. VI. 1925.
4. Pautrier, Schmid et Robert. — Guérison d'un ulcère de jambe chez une malade à glycémie normale par le pansement local à l'insuline en poudre. *Réun. derm. Strasb.*, 10. V. 1925.
5. Adlersberg et Perutz. — Beeinflussung der Regenerationsfæhigkeit der Haut durch lokale Applikation von Insulin. *Klin. Wochschr.*, 1927, n° 3, p. 109.
6. Nathan et Munck. — Uber den Einfluss lokaler Insulinbehandlung auf Ulcerationen, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis lokaler Sæurewirkungen. *Klin. Wochschr.*, 1927, n° 37, p. 1747.
7. Barthélemy. — Le traitement des ulcères variqueux par l'eau sucrée. *Réun. derm. Nancy*, 3. VI. 1924, *in Bull. Soc. fr. Derm.*, 1924, R.N. 25.
8. R. Leriche. — Indications et résultats de la sympathectomie périartérielle dans la chirurgie des membres. XXXVIe Congrès français de Chirurgie, *in La Presse Médicale*, 19. X. 1927.
9. M. Villaret et L. Justin Besançon. — Recherches expérimentales et cliniques sur l'acétylcholine. *La Presse Médicale*, 21. IV. 1928.
10. M. Villaret et L. Justin Besançon. — Effets thérapeutiques de l'acétylcholine. *La Presse Médicale*, 12. V. 1928.
11. M. Villaret et L. Justin Besançon. — L'acétylcholine ; ses propriétés pharmacodynamiques et physiologiques. *Paris Médical*, 1928.

L'ACNÉ POLYMORPHE
ET SON TRAITEMENT MODERNE

Par A. E. MARCOGLOU (Athènes).
Ex-Instructor du Departement de Dermatologie de l'Université de Columbia, New-York.

Une des dermatoses pour le traitement de laquelle l'avis du dermatologiste est le plus demandé de nos jours est l'acné polymorphe. Cette affection se rencontre surtout chez les sujets jeunes de 12 à 20 ans. La lésion primaire de l'acné est *le comédon ;* celui-ci est dû à une hyperkératose en nappe de l'épiderme, envahissant l'ostium folliculaire et à une transformation kystique du filament séborrhéique, sous l'influence du microbacille. Les autres manifestations de l'acné sont secondaires. Le comédon par l'occlusion complète du canal pilosébacé agit comme corps étranger, il s'infecte et provoque une légère réaction inflammatoire autour du follicule bouché. C'est l'*acné papuleuse.*

Si le processus inflammatoire continue vers la profondeur de la peau, la papule se transforme en *pustule*, à quelques degrés de plus nous avons l'abcès *cutané* et *sous-cutané.*

Si l'inflammation est d'allure chronique avec de grosses papulo-pustules profondes fréquemment indolores, avec des kystes et des cicatrices défigurantes, sur une peau pâle et huileuse, nous avons l'*acné indurée.*

Dans la pratique journalière on rencontre très souvent ces variétés associées sur le même malade sous des formes différentes (*acné polymorphe*).

Le siège de prédilection est la face, mais dans les cas graves, la poitrine, le dos, la partie supérieure des bras peuvent être couverts d'éléments à tous les stades de leur évolution.

L'acné polymorphe constitue pour les personnes jeunes une affection désagréable, quelquefois même une difformité pouvant défigu-

rer le malade. Elle est une maladie fréquente et se rencontre chez les deux sexes, chez les riches autant que chez les pauvres.

L'infection microbienne dont nous avons parlé ci-dessus ne nous donne pas la solution de toute la pathogénie de l'affection. L'existence d'un terrain prédisposé est *sine quâ non* (Darier), et sans causes adjuvantes les microbes de l'acné peuvent se trouver sur notre peau et y rester non pathogènes.

Tout le monde admet aujourd'hui que les troubles digestifs, la constipation, la chlorose, les troubles de l'appareil génital, les dysendocrinies, etc., sont des facteurs très importants dans la genèse de la maladie.

La durée de celle-ci traitée par des applications locales usuelles ainsi que par une hygiène propre à chaque cas est plutôt longue. Tandis qu'un pourcentage minime peut guérir dans quelques mois, la majorité des cas nécessite un traitement de 2 à 3 ans et quelquefois plus. Cette longue durée de l'affection fait que le malade devient nerveux change souvent de médecin, perd patience et las de traitements désagréables qui lui font perdre beaucoup de temps, cesse toute cure. En dehors de cela, cette longue durée — et ceci est très important — expose le malade à des cicatrices de plus en plus nombreuses comme c'est le cas surtout dans l'acné indurée.

Pour obvier à ces inconvénients l'école américaine emploie depuis des années et avec des résultats merveilleux les rayons Rœntgen dans le traitement de l'acné polymorphe. D'ailleurs non seulement dans cette dermatose, mais aussi dans d'autres maladies de la peau, l'usage de la rœntgénothérapie s'est répandu à ce point qu'aux Etats-Unis chaque Dermatologiste est obligé d'avoir une installation complète chez lui.

La radiothérapie y est considérée maintenant comme le traitement spécifique de l'acné. Bien appliquée, elle guérit les cas les plus graves dans l'espace à peu près de 3 mois et demi. Quoique la méthode soit un peu dispendieuse elle est acceptée du malade qui n'a presque pas à se servir, des topiques désagréables et qui est assuré que son traitement sera court et d'un effet permanent.

Il est bien entendu qu'en même temps que les rayons X le Dermatologiste doit prescrire, après une étude approfondie du malade, des mesures hygiéniques, diététiques et thérapeutiques propres à chaque cas. Ces mesures auraient pour objet d'améliorer l'état

général du patient et de supprimer ainsi les causes prédisposant à des récidives.

Technique. — La méthode couramment employée aux Etats-Unis pour le traitement de l'acné est la radiothérapie superficielle sans filtre. Le dosage de la radiation dans le traitement des dermatoses en général se fait là par la technique dite indirecte ou électrique.

Celle-ci est simple, facile à appliquer et ne nécessite pas l'emploi d'appareils délicats comme par exemple les différents radiomètres. Elle est basée sur les effets visibles sur la peau, produits par le rayonnement.

Il est connu que la quantité et la qualité du rayonnement avec n'importe quelle technique employée, dépend surtout des quatre *facteurs* ou *constantes* suivants : le voltage, le milliampérage, la distance de l'anticathode à la peau et le temps de la radiation. Si ces facteurs sont exacts et s'ils peuvent être maintenus inchangés pendant le temps d'exposition la peau recevra une quantité déterminée de rayons. Et sauf erreur, si lesdits facteurs sont employés toujours avec le même appareillage et sous les mêmes conditions, la qualité et la quantité des rayons atteignant la peau sera à peu près la même. Heureusement le réglage et le contrôle de ces constantes sont devenus faciles aujourd'hui avec les appareils modernes (transformateurs sans interruption, ampoule de Coolidge, etc.).

Mackee, Remer et Witterbe ont pu formuler, il y a dix ans, une supputation arithmétique de ces quatre facteurs grâce à laquelle ils ont établi la méthode dite indirecte. Avec des constantes de 2 milli, 100 kv. (= 15 cm. d'étincelle), 20 centimètres de distance de l'anticathode à la peau et 3 minutes d'exposition ils ont obtenu une dose de rayons, qu'ils ont appelée une unité de la peau. L'unité correspond à la quantité de radiation qui provoque sur la surface de flexion de l'avant-bras d'un adulte un érythème pâle mais apparent dans l'espace de 10-20 jours. La même dose sur la tête d'enfants produits une épilation temporaire. Cette dose d'érythème sert d'étalon (standard) dans le dosage des rayons en dermatothérapie superficielle.

La technique indirecte n'est pas, il est vrai, scientifiquement exacte et elle a été critiquée par plusieurs Rœntgénologistes et Physiciens. Mais l'expérience de plusieurs années déjà et son

emploi par des milliers d'opérateurs a mis en évidence qu'elle est suffisante et presque sans danger dans le traitement dermatologique superficiel (Mackee, Wise, G. Andrews, etc.).

On n'a plus avec cette technique de réactions sérieuses comme autrefois, et pendant six années d'application journalière faite par des docteurs, étudiants et infirmières dans une clinique riche en matériel comme est le Département Dermatologique de l'Université de Columbia-New-York, je n'ai pas vu un cas de radiodermite.

Ce mode de dosage des rayons X dans la thérapie cutanée est général maintenant aux Etats-Unis. Et lorsqu'un médecin recommande son malade à quelque confrère dans une autre ville avec prière de continuer à lui administrer par exemple, une dose de 1/4 d'unité sans filtre ce dernier comprend parfaitement ce qu'il doit faire. Il suffit qu'il eût préalablement réglé avec ses appareils les 4 facteurs d'une façon lui permettant d'avoir dans des conditions déterminées l'unité ou les fractions de cette unité.

Dans le traitement de l'acné polymorphe on emploie en général des doses hebdomadaires pendant 13 à 15 semaines de 1/4 d'unité de la peau sans filtre (ce qui correspond à 1.1/4 Holtzknecht).

Il y a aussi des médecins qui emploient des rayons filtrés surtout dans les cas présentant des lésions profondes. Ce mode de traitement n'a pourtant pas donné de résultats supérieurs à ceux obtenus avec la méthode sans filtre.

La peau tolère très bien cette quantité de rayons et il y a très peu des malades à peau fine, blanche et rose chez lesquels on doive diminuer celle-ci. D'ailleurs il est prudent, avant de commencer le traitement de faire une épreuve de la tolérance de chaque malade en irradiant de petites surfaces de 2 cm² 1/2 sur la peau de flexion de l'avant-bras, avec des doses de 1/4, 1/2, 3/4 et 1 unité chacune et d'étudier les réactions provoquées par lesdites doses.

Dans le cas où le malade ne pourrait pas voir le médecin une fois par semaine, on le traite avec une dose de une 1/2 unité administrée tous les quinze jours, et si on prend les précautions précitées, on est sûr d'éviter l'érythème sans lequel il n'y a pas de télangiectasie.

On doit donc surveiller chaque malade attentivement et à la moindre apparition d'érythème, qui se voit en général autour de la bouche (dans le traitement de l'acné de la face) il faut cesser la cure.

Si durant celle-ci la peau devient luisante et lisse il faut diminuer la dose de rayons, où espacer les séances.

Il y a aussi des cas, heureusement rares, dans lesquels la peau après quelques séances se pigmente. Quoique cet accident ne soit pas sérieux, les malades refusent de continuer le traitement. La pigmentation disparaît ordinairement après quelques semaines mais elle peut aussi durer plusieurs mois dans des cas rares.

Comme je l'ai dit plus haut les résultats de la radiothérapie dans l'acné polymorphe sont beaucoup plus rapides et supérieurs à ceux des autres méthodes.

Selon les statistiques des auteurs américains les récidives sont de 10-20 o/o de l'ensemble des cas et elles sont dues à un trouble quelconque des organes mentionnés ci-dessus.

Pour cette raison un examen minutieux du malade et un traitement combiné est de rigueur dans la thérapeutique de l'acné.

Une répétition des rayons X après un repos au moins d'un an guérit presque toujours ces récidives.

Les bons effets de la radiothérapie dans l'acné sont dus à l'inhibition de l'activité fonctionnelle de glandes sébacées. Les cas d'acné inflammatoire congestive ne bénéficient pas de cette thérapeutique autant que les cas d'acné polymorphe et surtout ceux d'acné dite indurée. Dans cette dernière forme la radiothérapie fait vraiment des merveilles.

Voici un cas de ma pratique de ces derniers mois.

Mlle X..., vient me voir le 3 avril 1929 pour une acné polymorphe datant de 8 ans. Réglée il y a 8 ans elle se plaint d'irrégularités et de douleurs à l'époque de la menstruation. Elle dit aussi avoir quelquefois des céphalées et des douleurs à l'estomac. Elle est plutôt constipée. Durant ces dernières années la malade a eu comme traitement des pommades, des lotions, des injections d'autovaccins et de l'autohematothérapie. A l'intérieur on lui avait administré des extraits glandulaires. L'évolution de l'affection a été lente et progressive.

La patiente avait d'abord des comédons, puis de petites papulopustules, et il y a 4-5 ans elle a commencé à faire des abcès nombreux laissant des cicatrices après leur guérison. Les lésions étaient localisées d'abord à la face mais plus tard, par poussées successives et malgré les traitements institués, le dos, le cou, le devant du thorax et la partie supérieure des bras ont été pris.

A l'examen nous constatons une acné indurée des plus graves et qui

donne à la malade un aspect déplaisant à voir. Celle-ci est pâle, anémique, et elle a des mains et des pieds froids. Elle mange vite, bien que sans appétit.

Les lésions à cette date sont polymorphes. On y trouve sur une peau épaisse, séborrhéique, grasse, des milliers de petits et gros comédons, d'innombrables papulopustules de la dimension d'une tête d'épingle à celle de lentille, et une trentaine d'abcès indolores d'un volume allant d'un pois à une amende. Tout ceci est entremêlé de cicatrices très nombreuses irrégulières de forme, de dimension et de profondeur.

Le dos depuis la nuque jusqu'aux lombes est couvert de ces lésions et il y a aussi une cinquantaine de papulopustules sur les fesses.

A la face, au-dessous des deux oreilles et les côtés de devant du cou, les papulopustules sont plus grandes qu'ailleurs. Dans ces régions on rencontre aussi des abcès en évolution, dont quelques uns superficiels et d'autres profonds.

La région sternale entre les deux seins présente un groupe d'abcès et de papulopustules profonds, durs, violacés, sensibles au toucher, entremêlés de gros comédons et de bandes de cicatrices chéloïdiennes.

A la partie supérieure des bras il y a des pustules parsemées çà et là.

La malade a en même temps un pityriasis très prononcé du cuir chevelu.

L'extension et le polymorphisme de cette dermatose fait que la jeune fille, qui a des traits très réguliers, paraît presque défigurée et elle s'en trouve très malheureuse.

Voici comment j'ai traité la patiente.

D'abord j'ai insisté sur le rôle important de la diète, ainsi que de la mastication prolongée, et j'ai prescrit la médication polyglandulaire à continuer pendant des mois entre les règles.

Pour son état anémique j'ai administré dans la même séance, des rayons ultra-violets sur les parties du corps qui n'étaient pas irradiées par des rayons Rœntgen (membres inférieurs et abdomen). Le pityriasis a été traité par des médicaments connus.

Pour l'affection elle-même, contre la légère inflammation de la peau, j'ai ordonné la lotion calmante à la calamine que la malade a continué à employer tous les jours durant son traitement. Au début de chaque séance j'ai enlevé sans traumatiser autant de comédons qu'il était possible, et j'ai piqué avec la pointe d'une aiguille flambée les abcès qui étaient au point de s'ouvrir.

Vu l'extension de la maladie j'ai traité la figure et le dos jusqu'aux lombes en une séance, et le devant du thorax, bras et fesses le lendemain.

D'autre part, la figure a été divisée en trois parties, irradiées séparément (les deux joues et le front), et le dos en 2 parties. Le thorax aussi a été divisé en 3 surfaces (2 pour les épaules et les côtés du cou correspondants et une partie médiane). Cinq à six irradiations ont été données

pour les fesses après lesquelles l'éruption de cet endroit a complètement guéri.

Les yeux, les lèvres, les sourcils et les cheveux étant bien protégés par des feuilles de plomb, j'ai irradié chaque joue avec une dose de 1/4 d'unité. Les autres parties aussi protégées tout autour ont reçu 1/4 d'unité, excepté le front qui a reçu 1/8.

Voici la marche de ce traitement :

Le 25 avril, le malade va beaucoup mieux, les abcès existants ont diminué de volume et les plus petits sont vidés ou résorbés, il y a aussi diminution dans le nombre des comédons et des papules.

Le 25 mai. — Le traitement continue d'une façon très satisfaisante, l'amélioration va en progressant. La malade quelques jours après ses règles présente un abcès au-devant de l'oreille gauche et un à la poitrine et quelque pustules sur le front.

15 juin 1918. — Le dos est presque guéri, la peau est sèche et à part une légère pigmentation et des plaques de couleur rose, reliquat d'anciennes lésions, elle paraît normale à distance. Si on examine de tout près on y voit de petites cicatrices. Le groupe des abcès de la région sternale est aussi presque guéri, les bandes chéloïdiennes sont effacées de 3/4. Depuis cette date le traitement a été continué avec des doses décroissantes allant de 1/6 à 1/8 d'unité.

La malade a présenté de temps en temps et surtout après ses règles une petite pustule à la nuque, à la lisière des cheveux.

20 juillet. — Le résultat du traitement est plus que satisfaisant. L'état général de la malade a été amélioré énormément. Elle mange avec beaucoup d'appétit et n'a plus de douleurs stomacales. On ne voit pas de lésions d'acné, et les brides chéloïdiennes du devant du thorax se sont complètement affaissées. La peau partout est devenue beaucoup plus fine, elle est sèche et les pores ont diminué en largeur. Il y a encore un léger pityriasis du cuir chevelu pour lequel la malade suit son traitement.

Conclusions

De ce qui précède nous pouvons conclure que :

1° Dans le traitement de l'acné polymorphe, on doit après étude approfondie de chaque cas, combattre les causes prédisposantes ;

2° La radiothérapie superficielle à doses fractionnées administrée pendant 15 semaines est considérée comme spécifique, vu la rapidité, la supériorité et la sûreté de ses résultats ;

3° La méthode est sans danger si l'on prend les précautions

nécessaires, et quoiqu'un peu dispendieuse elle est facilement acceptéepar les malades ;

4° Malgré les récidives éventuelles il est de l'intérêt du malade d'essayer la radiothérapie, notamment dans les cas graves où elle réussit plus sûrement et où toute hésitation pourrait coûter autant de cicatrices indélébiles au malade.

SUR LA DENT D'HUTCHINSON (II)

MORPHOLOGIE. ASSOCIATIONS. PATHOGÉNIE

Par Ch. AUDRY

Le hasard des séries cliniques m'a amené pendant ces dernières années un nombre assez grand de dents d'Hutchinson. J'en profite pour ajouter quelques lignes à l'article qui a paru dans ces *Annales* en 1928 (t. IX, n° 9, p. 737).

Présentement, le total des cas que j'ai examinés dépasse la quarantaine, tous chez des sujets assurément et manifestement hérédo-syphilitiques, — ce qui m'autorise encore à considérer cette lésion comme pratiquement hérédo-syphilitique, sinon théoriquement.

Je persiste à nier l'existence de la soi-disant triade, qui n'est qu'une coïncidence particulièrement rare : réalisée 3 ou 4 fois au plus sur mes 40 malades.

Morphologie. — On peut observer des dents d'Hutchinson incomplètement réalisées dans leur forme :

Une fille de 22 ans, intelligente et par ailleurs bien constituée était porteuse d'une kératite interstitielle typique de l'œil gauche qui guérit par un traitement spécifique. La malade présentait une réaction de Wassermann positive non douteuse. L'examen de sa denture montrait que l'architecture palatine et mandibulaire était normale de tous points. Seules les deux incisives médianes supérieures offraient une apparence singulière. Non écartées à l'origine, mais légèrement convergentes, elles se chevauchaient un peu par l'extrémité médiane de leur bord libre. La forme en était assez régulièrement quadrangulaire. Mais l'échancrure du bord libre ne portait que sur l'ivoire blanc jaune du corps de la dent. L'espace semi-lunaire correspondant à ce qui aurait dû se traduire par l'échancrure hutchinsonnienne, était comblée par un mince rideau d'émail coupé de deux petites cannelures perpendiculaires.

En ce cas, il y avait dent d'Hutchinson à encoche comblée par une lame mince d'émail.

Faut-il admettre que dans quelques-uns des cas vulgaires ce rideau d'émail trop fragile a été détruit? ou qu'il n'est jamais réalisé ? L'encoche est-elle toujours primitive ? Si l'on se souvient qu'on a décrit comme fausses dents d'Hutchinson d'origine traumatique, certains cas où l'on avait vu l'échancrure attribuée à des traumatismes répétés tels que la morsure d'une aiguille à coudre, on est porté à se demander s'il ne s'agissait pas là de véritables dents d'Hutchinson, à échancrure secondaire, tardive.

Associations. — Voici un nouvel exemple de dents d'Hutchinson associées à de graves déformations de la zone d'implantation. Il se rapproche étroitement de celui décrit et figuré dans mon article de 1928. Toutefois, il est très intéressant en ce qu'il s'agit ici d'une dent d'Hutchinson unilatérale, associée, elle aussi, à une voûte palatine ogivale, à une implantation vicieuse et désordonnée des incisives ; mais cette dernière est relativement unilatérale, comme la dent.

Une fille de 36 ans est une hérédo-syphilitique avérée : d'un premier mariage, sa mère avait eu 4 enfants tous morts en bas âge. Elle-même,

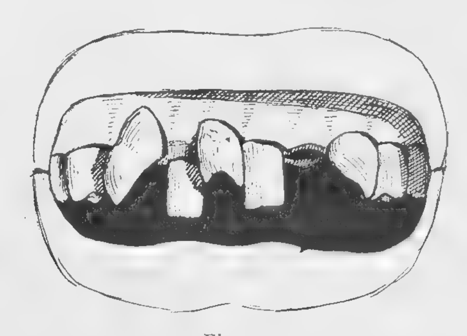


Fig. 1.

peu développée intellectuellement, n'avait pu apprendre ni à lire, ni à écrire. De 8 à 21, crises convulsives ; elle marche très difficilement : à gauche, réaction de dégénérescence dans le domaine du sciatique poplité externe. Le pied droit est déformé en masse par une volumineuse ostéo-arthrite tarso-métatarsienne accompagnée d'un vaste placard d'infiltration inflammatoire de la peau. En 1928, la réaction de Wassermann était positive, et un traitement spécifique administré à ce moment avait déterminé une amélioration considérable des lésions ostéo-cutanées du pied malade. Ostéo-périostite diffuse modérée des 2 tibias (radiographie) ; rétrécissement aortique très accusé ; dilatation de l'aorte ;

traces d'albumine dans les urines. Actuellement : la réaction de Wassermann est négative, et l'indocilité de la malade n'a pas permis de faire la ponction lombaire.

Le dessin (fig. 1), dû à l'obligeance de M. Escat (junior) donne une bonne idée des déformations et altérations dentaires qui nous intéressent.

Disons dès l'abord qu'une radiographie de la tête n'a montré qu'un certain degré d'élargissement des maxillaires supérieurs. D'autre part, une radiographie parcellaire de la zone incisive ne nous a rien appris de plus que l'inspection : les racines dentaires n'avaient rien d'anormal.

Toutes les difformités occupent la mâchoire supérieure ; la mâchoire inférieure et ses dents sont comme il convient. On remarque toutefois que les deux arcs mandibulaires correspondent mal l'un à l'autre : discordance résultant de l'élargissement des maxillaires supérieurs tel qu'il apparaît sur la radiographie de la tête.

Incisives supérieures. — L'incisive *médiane droite* est une Hutchinson typique : forme, échancrure, convergence, déviation sur l'axe. On voit sur le dessin qu'elle est complètement reportée en avant de la place habituelle sur l'arcade dentaire ; il en est de même, d'ailleurs, de la *canine* de ce même côté droit.

L'*incisive latérale droite*, de forme à peu près régulière, est faiblement repoussée sur un plan postérieur.

L'*incisive médiane gauche* est à peu près normale, un peu convergente.

Quant à l'*incisive latérale gauche*, cassée au ras des gencives, elle n'est plus représentée que par sa racine, qui se trouve à sa place (radiographie).

La *canine gauche*, comme l'autre aiguë, est repoussée en avant, mais moins que la canine droite.

Prémolaires et molaires normales.

La voûte palatine est régulièrement et profondément creusée en ogive. Le voile est sain.

En résumé, *dent d'Hutchinson unilatérale droite notablement déplacée en avant de l'arcade dentaire ; refoulement en arrière de l'incisive latérale du même côté ; canine droite sensiblement reportée en avant et tordue sur son axe. A gauche les incisives sont ou paraissent régulières et l'implantation en est relativement peu modifiée.*

Il existe donc, chez cette fille hérédo-syphilitique un bouleversement notable de la zone incisive droite associée à une dent d'Hutchinson, — et à une déformation ogivale de la voûte palatine.

Pathogénie. — Peut-on retirer de ces difformités quelque induction utile à la pathogénie ?

Souvenons-nous d'abord qu'il existe une autre altération de l'hérédo-syphilis incisive supérieure : l'agénésie des incisives latérales. Or celle-ci, au moins jusqu'à ce jour, est connue comme constamment bilatérale ; jusqu'à ce jour aussi, on n'a jamais signalé cette agénésie associée à la lésion hutchinsonienne des médianes. On est donc disposé à admettre la possibilité d'une pathogénie différente pour l'une et l'autre altération. L'origine dysendocrinienne de l'agénésie incisive latérale par altération des parathyroïdes s'appuie sur des expériences significatives, au moins pour les animaux (rat). Rien de tel pour la lésion hutchinsonienne des *médianes* : l'unilatéralité possible de celle-ci, son association relativement fréquente à un bouleversement de l'implantation et de la statique incisives engagent à croire que l'ensemble de ces difformités relève d'un mécanisme antérieur plus local et extraordinairement précoce.

Nous pensons toujours qu'il *faut faire remonter aux premiers jours de l'embryon la lésion qui frappe originairement le fragment mésodermique où s'élabore le futur germe dentaire dans l'ébauche, peut-être non encore réalisée, des bourgeons qui serviront à clore le centre de la face.*

RECUEIL DE FAITS

(PYODERMIA CHRONICA ABSCEDENS ET SUFFODIENS)

Par M. le Professeur W.-J. MRONGOVIUS (Minsk).
Travail de la Clinique des maladies cutanées et vénériennes
de l'Université d'Etat de Russie-Blanche (Minsk).
(Directeur : Professeur W.-J. Mrongovius).

Le malade est un agriculteur de 53 ans, dont les antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de particulier. La maladie cutanée pour laquelle il est admis à la clinique a débuté il y a 3 ans à la face et à la nuque ; en une année, elle s'est étendue au cou, à la poitrine et au dos.

Au point de vue général, le malade est amaigri, pâle, avec cyanose des lèvres. Emphysème pulmonaire, dilatation cardiaque, hypertrophie du foie et de la rate, rien de particulier dans les urines. Dépression psychique.

Au point de vue cutané, on constate que la face est bouffie, les joues rouges, légèrement cyanotiques. On voit à la face des cicatrices brunes, adhérentes et on découvre par la palpation des nodules profonds qui semblent être soudés aux cicatrices. Les rétractions cicatricielles empêchent le malade d'ouvrir la bouche. La peau du cou est rouge, infiltrée, soudée aux plans sous-jacents et semble renfermer des nodules durs isolés. On voit une sécrétion de pus jaunâtre se desséchant ensuite sous forme de croûtes. A la nuque, on trouve des nodules durs, des cicatrices et une absence de poils. La peau du thorax ne fait pas de plis, on y voit des taches de couleur variée, des papules rouges, cyanotiques, des cicatrices blanches et pigmentées. A la palpation, on perçoit des enfoncements à bords cratériformes. La pression donne issue à un pus jaunâtre s'échappant par des orifices à peine visibles. Ce pus sort à

un endroit opposé et distant de l'endroit de la pression, ce qui fait supposer que toute la peau est minée et repose sur une nappe purulente. Le reste de la peau est sec, dur, infiltré, pigmenté et desquamant. Presque tous les ongles sont jaunes, émiettés, rongés. Réactions de Bordet-Wassermann, Meinicke, Pirquet et Mantoux négatives.



Fig. 1. — Le malade vu de face à son entrée à l'hôpital le 15 décembre 1926.

La marche de l'affection rappelle une maladie septique chronique. Mauvais état général, hyperthermie, anorexie, pouls fréquent et faible.

Durant les 4 mois et demi que le malade a passés à la clinique, l'on a pu suivre l'évolution de sa maladie. L'élément primitif est

une petite élevure rouge qui se transforme rapidement en une pustule superficielle qui est l'aboutissant d'un canal fistuleux menant au tissu cellulaire sous-cutané. En cas d'arrêt du processus purulent, il se formait une cavité, puis une infiltration ; sur la peau restait une cicatrice blanche ponctuée. Si plusieurs canaux

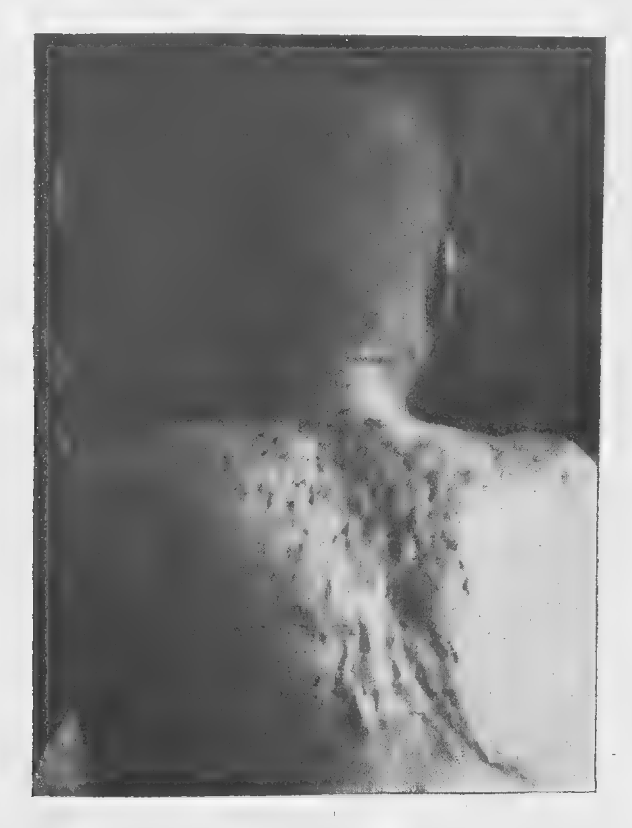


Fig. 2. — Le même malade que fig. 1, vu de dos à son entrée à l'hôpital le 15 décembre 1926.

analogues confluaient, il se formait des cicatrices étoilées ; dans le cas où le canal cheminait parallèlement à la peau, la cicatrice était linéaire. La peau devenait mince, ridée, brun foncé, avec rétractions cicatricielles, mais sans ulcères.

Le malade est mort de faiblesse générale. A l'autopsie, on note :

Fistules, abcès et phlegmons cutanés et musculaires multiples. Emphysème, anthracose et œdème pulmonaire. Pleurésie adhésive chronique. Hydrothorax gauche. Hydropéricarde, dilatation, myofibrose et adipose cardiaque. Artériosclérose légère. Foie muscade. Tuméfaction aiguë de la rate. Imprégnation ferrique de l'intestin grêle. Dégénérescence parenchymateuse des viscères.

Les recherches bactérioscopiques, bactériologiques et expérimentales sont restées sans résultats positifs. Le bacille de la tuberculose n'a jamais été constaté, ni chez le malade, ni chez les animaux inoculés. Les coupes histologiques n'ont pas non plus fourni d'indications quant à la tuberculose. C'est le derme qui est surtout le siège des cavités purulentes. Le début du processus se fait dans le derme, soit autour des glandes sébacées et des follicules pileux, soit indépendamment des glandes cutanées. Pendant que les phénomènes purulents sont en voie de formation et d'extension, les phénomènes inflammatoires sont très légers.

Après avoir analysé les processus pyodermiques cutanés en général et fait le diagnostic différentiel avec l'acné conglobé de Lang et Spitger, la folliculite et périfolliculite *capitis* de E. Hoffmann, l'acné chéloïdienne de la nuque, nous pensons qu'il faut désigner ce cas sous le terme de « pyodermite chronique *abscedens et suffodiens* ».

ANALYSES

des principaux travaux reçus en novembre 1929.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

La réaction de Kahn, par H. van Reinckelin. *Annales des Maladies Vénériennes*, 24e année, n° 11, novembre 1929, p. 997.

L'auteur ayant étudié cette méthode adopte les conclusions de Demanche, déjà rapportées dans ces *Annales*. La simplicité, la facilité et la rapidité de cette réaction sont des avantages appréciables ; cette méthode doit, dit-il, inspirer confiance. Seulement 185 sérums ont été examinés, avec 90 o/o de résultats concordants. H. Rabeau.

Quelques considérations médico-sociales sur 1.330 cas de chancres syphilitiques, par Mme F. Fun. *Annales des Maladies Vénériennes*, 24e année, n° 11, novembre 1929. p. 1009.

Cette étude porte sur les cas de chancres observés pendant une période allant de 1900 à 1928. F. a envisagé l'âge de la contamination, l'origine et l'époque de cette contamination, la négligence à consulter, l'assiduité au traitement. L'âge le plus fréquent de contamination est 23 ans. La prostitution clandestine et les « amies » de rencontre ont la plus grande part de responsabilité. 19 o/o des malades avaient déjà des accidents secondaires lorsqu'ils vinrent consulter. 35 o/o reçurent un seul traitement, et 20 o/o se traitèrent pendant une année.

H. Rabeau.

La forme érythémato-purpurique de l'érythème infectieux du 9e jour, par Paul Blum *Annales des Maladies Vénériennes*, 24e année, n° 11, novembre 1929, p. 1017.

Observation d'un homme jeune atteint de syphilis récente qui, au cours du traitement d'attaque par le novarsénobenzol, présenta une éruption dont les éléments érythémato-purpuriques pouvaient faire hésiter entre une manifestation cutanée toxique arsenicale, et une éruption biotropique. Les délais de production de cet exanthème, le début comme une fièvre éruptive, le caractère mixte de l'éruption faite d'éléments érythémateux et purpuriques, l'absence de prurit, firent rejeter l'hypothèse d'une éruption arsenicale. Le traitement arsenical continué avec prudence amena la disparition de l'exanthème.

H. Rabeau.

Bulletin Médical (Paris).

Lettres à un médecin praticien sur la Dermatologie et la Vénéréologie, par M. Clément Simon. *Bulletin Médical*, 43e année, n° 50, 23 novembre 1929, p. 1225.

S. ayant, dans une de ses dernières lettres, parlé du traitement des furoncles a reçu à ce sujet une correspondance nombreuse. Voici la formule de la solution utilisée :

Sulfate de cuivre ammoniacal.......... 0 gr. 01
Eau distillée .... 1 gramme

pour une ampoule stérilisée n° ...... pour injections intraveineuses.

Faire l'injection chaque jour ou chaque deux jours, au besoin. Injecter 2 centimètres cubes.

Un de ses correspondants a obtenu de bons résultats du sulfate de cuivre absorbé par voie buccale, en pilules kératinisées de 2 centigrammes. 3 à 6 pilules par jour. H. Rabeau.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Creeping Disease, par Th. Photinos. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 5e année, n° 11, novembre 1929, pp. 512 à 541, 6 fig.

Revue générale très complète de cette curieuse affection attribuable à la migration sous la peau de différentes larves. L'auteur en donne un historique et une bibliographie détaillés et rappelle la symptomatologie. C'est une affection, durant de deux à quelques semaines, caractérisée par l'apparition sur la peau de lignes rouges prurigineuses, surélevées d'un demi-millimètre, s'allongeant par une extrémité de un à trente centimètres par jour, dans une direction quelconque, serpigineuses, mais jamais bifurquées. Plusieurs de ces lignes peuvent apparaître simultanément en une région quelconque du corps, souvent sur les jambes. Anatomiquement la lésion est une galerie creusée dans l'épaisseur de l'épiderme, ou plus rarement du derme par la larve du parasite, qui y progresse toujours droit devant elle, en raison des épines et des crochets qu'elle porte, et qui empêchent son recul. On n'est pas encore très fixé sur la manière dont le parasite atteint la peau ; il semble souvent que ce soit par voie externe.

La *Creeping Disease* donne une lésion beaucoup plus mince que le cordon de la myase sous-cutanée. Dans la pyodermite serpigineuse linéaire de Dubreuilh il n'y a pas la progression de plusieurs centimètres par jour, ni la disposition linéaire spéciale. Enfin les traînées ortiées ou nécrotiques dues au contact des tentacules du *guerrier portugais* (cœlentéré du Texas) ont un aspect et une évolution différents.

La *Creeping Disease* guérit spontanément sans séquelles ; il semble qu'on puisse tuer le parasite avec une substance volatile en compresse sur l'endroit suspect (éther, chloroforme, sulfure de carbone ou xylol).

A. Bocage.

Chancre mixte tertiaire, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 5e année, no 11, novembre 1929, pp. 542 à 547, 1 fig.

C'est l'observation, chez une femme de 44 ans, d'une ulcération de la région inguinale répondant au type clinique de syphilide bulleuse ulcéreuse tertiaire, au niveau de laquelle on put mettre tardivement en évidence une infection secondaire par le bacille de Ducrey ; guérison rapide par le bismuth.

L'attention fut attirée sur la chancrelle par la sensibilité extrême de la lésion et le décollement de ses bords. Ne trouvant pas de porte d'entrée à cette chancrelle surinfectant une syphilide tertiaire, l'auteur se demande si le bacille de Ducrey en cause ne provenait pas d'un bubon que la malade avait eu vers l'âge de 18 ans.

A. Bocage.

Atrophie cutanée secondaire à un impétigo végétant, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 5e année, no 11, novembre 1929, pp. 548 à 553, 6 fig.

Un enfant de 8 ans présentait des lésions polymorphes, d'impétigo, de pyodermite végétante, de blépharite ciliaire et en particulier un placard rouge enflammé ayant l'aspect du lupus érythémateux, le tout s'étant développé en moins de 6 semaines. Une partie de la lésion était atrophique cicatricielle. Histologiquement, réaction cyto-conjonctive avec cellules géantes, comme dans les affections chroniques. Une telle observation serait favorable à l'origine streptococcique du lupus érythémateux. A. Bocage.

Journal de Médecine de Lyon

Sur la pseudo-paralysie de Parrot, par Péhu et Mestrallet. *Journal de Médecine de Lyon*, no 236, 5 novembre 1929, p. 693.

Les auteurs admettent que cette affection n'est pas toujours causée par le décollement épiphysaire : l'ostéochondrite, les gommes de la métaphyse peuvent l'engendrer. En outre, il faut invoquer comme facteur une altération anatomique ou fonctionnelle de l'appareil musculo-tendineux. Jean Lacassagne.

Lyon Médical.

Chorée chronique syphilitique, par P. Delore. *Lyon Médical*, t. CXLIV, 61e année, no 46, 17 novembre 1929, p. 593.

Homme de 54 ans, ayant contracté la syphilis à 30 ans, ne s'est pas fait traiter. Apparition de la chorée il y a un an. Pupilles en myosis, réagissant à peine. Réaction de Wassermann très positive dans le sang. On fait d'abord le diagnostic de chorée chez un syphilitique, mais après 3 mois de traitement mercuriel l'amélioration est telle qu'on admet la nature syphilitique de la chorée. Jean Lacassagne.

A propos de la mort rapide des nourrissons au cours de l'eczéma. Documents histopathologiques recueillis dans un cas récent, par GATÉ, DECHAUME, CROIZAT et MICHEL. *Lyon Médical*, t. CXLIV, 61e année, 17 novembre 1929, p. 604.

Un nourrisson de 6 mois et demi, atteint d'eczéma de la face, meurt rapidement au bout de 6 jours d'hospitalisation.

L'autopsie minutieusement pratiquée ne montra rien d'anormal, mais l'étude histologique révéla des lésions discrètes, mais nettes, prédominant au niveau de la protubérance et des noyaux gris de la base.

D'autre part les auteurs ont été frappés, comme la plupart des autres observateurs par l'analogie du tableau clinique avec les manifestations relevées dans le choc anaphylactique.

Ce cas constitue donc un argument en faveur de la théorie anaphylactique pour rendre compte de la mort subite chez les nourrissons eczémateux. JEAN LACASSAGNE.

Annales d'Anatomie Pathologique (Paris).

Les hépatites scléreuses de l'hérédo-syphilis et leur pathogénèse, par F. CAILLIAU. *Annales d'anatomie pathologique et d'anatomie normale médico-chirurgicale*, t. VI, n° 7 *bis*, octobre 1929, pp. 958 à 967, 2 fig.

Sur 40 observations de foies hérédo-syphilitiques l'auteur a étudié particulièrement la genèse des hépatites scléreuses. Il signale l'intensité du processus d'hématopoïèse au niveau du tissu réticulo-endothélial du foie, où il laisse des séquelles qui paraissent contribuer à amorcer la sclérose. Le tissu réticulo-endothélial joue un rôle indiscutable en sécrétant des ferments et en fournissant une partie du substratum à la sclérose, mais son rôle n'exclut pas celui des autres sécrétions cellulaires. L'altération parenchymateuse est souvent initiale mais n'est pas indispensable. La sclérose n'est pas d'ordre vasculaire et le processus cirrhogène semble relever de deux facteurs, l'état tissulaire d'une part et d'autre part, l'état humoral dyscrasique, probablement secondaire aux modifications chimiques de la masse sanguine, si importantes dans la syphilis. A. BOCAGE.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

L'action de la médication radio-active (thorium X) sur le psoriasis et les arthropathies psoriasiques, par A. LÉRI et I. A. LIÈVRE. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 45e année, n° 30, 25 novembre 1929, p. 1335.

Les auteurs ont obtenu dans des psoriasis anciens et étendus, ayant résisté à de nombreuses médications, des guérisons avec le thorium X, et ont été frappés de son action remarquable sur les arthropathies psoriasiques. Il y a effet simultané sur les deux syndromes cutané et articulaire. Ayant traité en outre une vingtaine de cas sans lésions arti-

culaires, ce médicament a eu dans la majorité des cas une action manifeste. Ils estiment qu'il est indiqué d'essayer ce traitement dans les cas ayant résisté aux thérapeutiques classiques. Il peut donner des résultats inespérés, encore que ce soit le rhumatisme psoriasique qui soit particulièrement justiciable de cette méthode. H. RABEAU.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

Orientation moderne du traitement biologique de la blennorragie : les vaccins polyvalents colloïdaux, par DELATER et ABRAMOW. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, 1929, n° 15, 8 novembre 1929.

Se basant sur le fait des modifications tinctoriales du gonocoque, qui peut donner soit directement, soit après repiquage des colonies des diplocoques à Gram positif, les auteurs estiment que la vaccination rationnelle de la blennorragie doit être basée sur la préparation d'émulsions contenant des souches microbiennes nombreuses et variées quant à leur provenance, contenant en particulier des diplocoques Gram positif. Ces vaccins sont renforcés par l'adjonction d'une substance ayant elle-même une action thérapeutique, en l'espèce l'argent colloïdal électrique. Ils ont ainsi préparé un vaccin contenant par centimètre cube, un milliard de gonocoques, un milliard de diplocoques Gram positif, et un centième de milligramme d'argent colloïdal électrique. Ce vaccin leur a donné des résultats encourageants. Ils en poursuivent l'étude. H. RABEAU.

Journal de Médecine de Paris.

Traitement du lupus par l'extrait bacillaire colloïdal de Grimberg, par S. FREMICAUT (Anvers). *Journal de Médecine de Paris*, 49e année, n° 46, 14 novembre 1929, n° 46, p. 973.

Courte observation d'un malade présentant un lupus de la cheville récidivant malgré divers traitements. Des applications locales de mésothorium et des injections de collobacilline amenèrent rapidement la guérison. H. RABEAU.

L'auto-vaccinothérapie dans la gonococcie de la puerpéralité, par AUDEBERT et T. B. GISCARD (Toulouse). *Journal de Médecine de Paris*, 49e année, n° 48, 28 novembre 1929, p. 1019.

Les auteurs ont utilisé dans 81 cas variés de gonococcies rebelles l'auto-vaccination avec 95 o/o de succès. Trois observations qu'ils publient tendent à prouver que l'on peut appliquer ce moyen thérapeutique à la femme pendant la puerpéralité. Les résultats sont également favorables, et il n'y a rien à craindre pour la mère et le fœtus, même si cette vaccination provoque des réactions fébriles élevées. Le vaccin utilisé est à la fois antitoxique et antimicrobien, et on ne doit pas craindre d'arriver à des doses élevées (15 à 25 milliards par dose pour les dernières injections). H. RABEAU.

Presse Médicale

Sur les névrodermites et leur traitement, par R. Sabouraud. *Presse Médicale*, 37e année, n° 95, 27 novembre 1929, p. 1541.

S. expose les caractères de ces lésions rouges épaissies, peu squameuses, sans nulle tendance au suintement s'observant surtout chez la femme, siégeant le plus souvent à la nuque, et survenant dans les périodes de dépression physique ou morale. L'opinion courante que les névrodermites ne s'eczématisent jamais est pour S. trop absolue. Dès 1900, il avait montré le streptocoque dans des lésions chroniques lichénisées et eczématisées, ce microbe ayant une double action dans la lichénification et dans l'impétiginisation. Cette étude mérite d'être reprise. Ces lésions guérissent par un traitement local, qui se trouve calqué sur celui des impétigos chroniques (alcool iodé au centième et pommade au goudron de houille au 1/10e). Sur les régions glabres, les rayons X à dose normale (4 ½ unités H) auront une action plus rapide. Un traitement général sera évidemment utile puisque ces manifestations cutanées surviennent chez des anémiés, des surmenés.

H. Rabeau.

Loire Médicale (Saint-Etienne).

Un cas de « creeping disease » ou larva migrans, par Ch. Laurent. *Loire Médicale*, 43e année, n° 11, novembre 1929, p. 488.

Enfant de 19 mois présentant depuis une dizaine de jours du prurit et un liseré sinueux sur la cuisse lequel augmentait chaque jour de 10 centimètres environ.

Les autres enfants de la même famille n'ont présenté aucun phénomène semblable.

A propos de cette observation, L. insiste sur la difficulté qu'il y a de capturer le parasite. Jean Lacassagne.

Un cas de syphilis implacable, par Ch. Laurent. *Loire Médicale*, 43e année, n° 11, novembre 1929, p. 513.

Homme jeune dont la syphilis, en 8 ans, malgré le traitement régulier ayant comporté du 914, du mercure, du bismuth, traitement ayant été commencé à la période du chancre, a suivi une marche implacable et a abouti à la mort par paralysie générale.

Jean Lacassagne.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Origine, nature, diagnostic, prévention et traitement précoce de la syphilis congénitale (Entstehung, Wesen, Erkennung, Verhütung und Frühheilung der angeborenen Syphilis) (Lues innata s. connatalis), par E. Hoffman. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVII, fasc. 3, novembre 1929, p. 145.

Excellente revue générale (rapport à la Société allemande de Dermatologie) à consulter dans l'original. H. résume les travaux récents sur ce sujet. J'en retire une statistique de Schridde (Dortmund) indiquant une diminution considérable (jusqu'à disparition en 1928) des hérédo-syphilis constatées à l'autopsie, ce qui met en évidence l'efficacité des méthodes nouvelles.

Personnellement, H. conseille un traitement aussi précoce que possible, néosalvarsan et bismuth associés : en 6 semaines, 0,157 de salvarsan et 0,023 de bismuth par kil. D'autre part, H. approuve aussi le traitement par le spirocid (stovarsol) à l'intérieur, associé ou non aux frictions mercurielles et aux injections de bismuth. CH. AUDRY.

Contribution à l'étude de la prophylaxie dans la syphilis congénitale (Beitrag zur Kenntnis der Prophilaxe bei Syphilis congenita), par K. MARCUS. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVII, fasc. 3, novembre 1929, p. 163.

(Rapport au 7e Congrès des Dermatologistes septentrionaux).

Tout enfant né d'une mère syphilitique doit être considéré et traité comme syphilitique.

Dans l'hôpital, dit Litta Hemmet, consacré aux hérédo-syphilitiques, on a soigné 261 enfants. Là-dessus on a pu en suivre 65 qui, à la naissance étaient indemnes de tout accident ; sur ces 65, 45 sont postérieurs à la recherche de la réaction de Wassermann. Sur ces 45, 16 (35 o/o) ont présenté des rechûtes de syphilis ; le plus tardif apparut dans la 5e année. L'infection maternelle datait de 1 à 4 ans. 5 fois seulement, la mère était portée comme ayant une réaction de Wassermann positive. Habituellement, le traitement des mères avait été insuffisant. Dans 29 cas, où pendant une période de 3 ans on n'avait relevé aucune manifestation chez les enfants, les mères avaient été habituellement mieux traitées que dans l'autre série (salvarsan pendant la grossesse). Souvent, en cas de récidive, il s'agit d'enfants pâles, etc. L'influence salutaire du traitement est incontestable, mais en somme, on n'est jamais assuré de l'avenir, il vaut toujours mieux traiter les enfants de femmes syphilitiques, même s'ils paraissent sains. CH. AUDRY.

Suites du traitement de la syphilis congénitale (Die Erfolge der Behandlung der Lues innata), par E. WEGNER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVII, fasc. 3, novembre 1929, p. 178.

Conclusions : Tous les enfants de parents syphilitiques, même sains en apparence, doivent subir une réaction de Wassermann dès la naissance, et cette recherche doit être renouvelée toutes les 4 semaines jusqu'à l'âge de 6 mois, tous les 3 mois jusqu'à un an. Il faut employer les procédés les plus sensibles de floculation et de la réaction de Wassermann. Si l'enfant se développe mal, même en l'absence de sérologie positive, mieux vaut suivre un traitement spécifique chronique et continu pendant 5 mois au moins.

Une cure de malariathérapie peut devenir indiquée dans certaines conditions.

Après la fin de toute cure, il faut pratiquer régulièrement des examens sérologiques toutes les 4 semaines le premier semestre, tous les 3 mois jusqu'à 3 ans. Ensuite, il faut attendre, pour refaire un traitement, une manifestation clinique ou sérologique. Si une cure continue ne fait pas disparaître les séro-réactions positives, il faut faire une ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Ch. Audry.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur l'histologie du nævus bleu (Zur Histologie des « Blauen Nævus »), par E. Fischer. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, no 44, 2 novembre 1929, p. 1755.

Les cellules næviques sont considérées, depuis Unna, comme des cellules épithéliales « segrégées » dans le derme, ou bien, selon la conception de Masson et Pautrier, comme des cellules, de provenance dermique, émigrées dans l'épiderme et semblables aux cellules de la névroglie périphérique. Pour l'origine épithéliale, parlent la doparéaction et la présence de cristaux de lipoïdes, tout comme dans les mélanoblastes. On trouve l'une et les autres dans le nævus bleu. De plus, il y a toutes les formes entre le type cellulaire des nævus mous et celui des nævus bleus. Dans ceux-ci, Kreibich a décrit des formes en fuseau à côté des nids cellulaires habituels. Sur un nævus de l'avant-bras, F. a fait des constatations identiques. Après le nitrate d'argent, pigment abondant dans les cellules fusiformes, moins riche dans les cellules ramifiées, épars dans les fentes tissulaires. Les cellules renferment des cristaux ou des gouttes de lipoïdes.

L. Chatellier.

Sur un cas de Sarcoïdes de Boeck multiples chez un nourrisson (Ueber ein Fall des multiplen benignen Sarkoid Boeck bei einem Säugling), par N. Türk. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, no 44, 2 novembre 1929, p. 1756, 2 fig.

Chez un nourrisson de 10 mois, allaité par sa mère et bien développé, s'est développée depuis 5-6 mois une éruption papuleuse ou maculeuse, avec un placard principal siégeant surtout dans le dos, au niveau de l'épaule droite. Des éléments disséminés s'étendent jusqu'au bord axillaire ; ils sont ovalaires, lisses, faiblement vascularisés, de contours imprécis. Placard et papules sont doublés d'un infiltrat ferme. Pas de tendance à l'ulcération, pas d'adénopathie. Réaction de Wassermann négative ; réaction à la tuberculine négative. Aucun antécédent chez les parents. Histologie : infiltrat dermique profond, constitué par des cellules épithélioïdes abondantes, des cellules conjonctives et quelques lymphocytes. Le tissu conjonctif dense isole les nodules, riches en vaisseaux souvent dilatés. Cellules géantes rares et douteuses à la périphérie des nodules. Pas de bacilles ; mais granulations de Much. T. considère cette éruption comme une réaction particulière à une

infection tuberculeuse exogène produite par un bacille peu virulent et agissant sur un terrain spécial, capable d'empêcher l'envahissement de l'organisme. L. CHATELLIER.

Sur une combinaison de trophœdème de Meige et de mélorhéostose de Léri. (Ueber eine kombination von Trophœdem Meige mit Melorheostose Leri), par F. GOLDSCHLAG. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 44, 2 novembre 1929, p. 1764, 5 fig.

Chez une fille de 25 ans, malade depuis 6 ans, on constate un trophœdème de Meige, occupant les deux membres inférieurs, et associé (radiographie) aux altérations osseuses (fémur) telles qu'elles sont décrites par Leri dans sa mélorhéostose. L'existence de l'hyperthyroïdisme tel que le démontre l'étude du métabolisme basal, et celle d'une hypofonction hypophysaire montre qu'il faut placer les deux syndromes sous une même influence endocrinienne (ce qui a été contesté pour le trophœdème). CH. AUDRY.

Sur un érythème fixe (Ueber ein fixes Erythem), par E. WOHLSTEIN et L. SCHMIDT. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 44, 2 novembre 1929, p. 1766, 1 fig.

Une femme de 48 ans présente au niveau de la première lombaire une tache formée : d'un centre anémique, rond, de 6 centimètres de large et d'une bordure rouge-brun, surélevée, large de 3 centimètres. En quelques jours, disparition de l'anémie centrale et affaissement de la bordure, qui n'est plus marquée que par un liseré grisâtre. Rien dans les organes profonds ; système nerveux normal. Mais la malade présente une idiosyncrasie au poisson, de la fièvre des foins et des crises nerveuses. La tache éruptive s'est produite plusieurs fois auparavant. Elle débute d'abord par la zone anémiée. Son apparition est toujours accompagnée de phénomènes psychiques et d'angoisse.

L. CHATELLIER.

Sur une épidermophytose causée par le champignon de Kauffmann-Wolff (Ueber eine durch den Kauffmann-Wolffschen Pilz verursachte Epidermophytosis), par S. SZATHINARY. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 44, 2 novembre 1929, p. 176.

Il s'agit d'une épidermophytose, ainsi nommée par analogie avec la trichophytose de Jadassohn, c'est-à-dire d'une septicémie à épidermophyton de Kauffmann-Wolff. Un homme de 37 ans, à côté d'une fausse dysidrose interdigitale (pied), présente sur les membres une éruption en forme d'exanthème urticarien et exsudatif. Dans les squames interdigitales et dans le liquide d'un certain nombre de vésicules, on trouve des filaments irréguliers, qui en culture furent identifiés avec le « Kauffmann-Wolff ». L'hémoculture resta négative. On connaissait des formes eczématiques, érythémateuses, papulo-vésiculeuses de ces septicémies à épidermophytons, mais pas encore de variétés polymorphe, exsudative et urticarienne comme dans le cas présent. CH. AUDRY.

Sur l'épilation combinée par le thallium et les rayons X (Beiträge zur der Frage Kombinierten Thallium Röntgenepilation), par G. Doczy. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 45, 9 novembre 1929, p. 1806.

Conclusions : La méthode combinée thallium et radiothérapie peut, outre les modifications habituelles de la peau, conduire au dermographisme. L'adrénaline n'a qu'une action locale. L'alopécie est irrégulière si la thyroïde, le thymus ou l'hypophyse sont en hypofonction. Après injection de mirion (iode) la chute des cheveux se produit en 4 ou 5 jours, après l'administration de thyroïde ou de thymus : en 2 jours, plus tôt que si on emploie seulement thallium et radiothérapie. L'administration de chlorure de calcium dérègle cette action alopéciante. On peut admettre qu'au moment de la puberté, l'irrégularité des résultats obtenus par la méthode tient aux variations des fonctions endocriniennes. Ch. Audry.

Ostéochondrite syphilitique dans la syphilis congénitale expérimentale (Syphilitische Ostiochondritis bei experimenteller Kongenitallues), par J. Hirkel. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 45, 9 novembre 1929, p. 1809, 4 fig.

On sait que les altérations ostéochondriques hérédo-syphilitiques ont une très grande importance (radiographie). Sur 30 petits lapins de souche syphilisée (syphilis humaine), les auteurs ont trouvé à la radiographie, 40 o/o de sujets porteurs de lésions ostéochondriques des membres. Ch. Audry.

Sur les ulcérations chromato-potassiques (Ueber Kaliumchromatgeschwüre), par Dewirtz. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 45, 9 novembre 1929, p. 1801, 3 fig.

La première mention de ces accidents remonte à Duncan en 1826. Sur 241 malades, 175 présentaient des perforations de la cloison nasale et 31 des lésions de la peau. Sur 297 cas d'ulcérations cutanées, 123 occupaient le dos des mains, 63 les cuisses, 30 le tiers inférieur de l'avant-bras ; 60 fois, elles étaient disséminées. Il s'agit tantôt d'ulcérations nécrotiques, tantôt de processus inflammatoires, tantôt de proliférations épithéliales atypiques. La cause des lésions doit être recherchée dans la réaction individuelle et le caractère professionnel : les écorchures, les gerçures, les pyodermites y prédisposent. Il faudrait améliorer les conditions générales des ouvriers, et les conditions professionnelles. Ch. Audry

La poïkilodermie vasculaire atrophiante de Jacobi constitue-t-elle ou non une entité morbide ? (Ist die Poikilodermie atrophicans vascularis Jacobi eine selbetändige Krankheit oder nicht), par A. Jordan. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 46, 16 novembre 1929, p. 1829, 3 fig.

L'affection décrite par Jacobi en 1906 (état marbré de la peau, télangiectasies, hémorragies, atrophies, localisations principales à la tête, au tronc, puis aux membres ; atrophie histologique de toutes les couches

de la peau, du tissu adipeux, infiltration péri-vasculaire et hémorragies) est aujourd'hui décrite partout. Mais, de toutes parts, on signale ses ressemblances avec le lupus érythémateux, avec certaines formes de sclérodermie et d'atrophies cutanées. A ce propos, J. rapporte deux observations.

La première concerne une jeune fille de 18 ans, chez qui les lésions atrophiques et les taches vasculaires prédominent sur les membres supérieurs et inférieurs ; la muqueuse buccale est rougeâtre ; irrégularités menstruelles ; amélioration, puis arrêt de la dermatose par l'opothérapie ovarienne. Au microscope : hyperkératose, atrophie de la couche de Malpighi et des papilles, infiltrat dermique péri-vasculaire à lymphocytes et à cellules conjonctives dans un réticulum.

La deuxième concerne une femme de 55 ans, dont la tête, le dos, la poitrine et les extrémités supérieures sont atteints (rougeurs, hémorragies, atrophies, pigmentation). Pendant son séjour à l'hôpital, poussée de purpura. Histologiquement, on trouve : atrophie de la granuleuse et léger épaississement de la couche cornée, aplatissement des papilles, sclérose partielle du derme, infiltrat lymphocytaire et leucocytaire dans le derme, épaississement des parois des capillaires.

J. est d'avis qu'il s'agit d'une affection qui mérite bien d'être individualisée. Elle est sans doute liée à des altérations endocrines diverses.

L. Chatellier.

Sur le mélanosarcome de la muqueuse buccale (Ueber Melanosarkome der Mundschleimhaut), par A. Fuhs et L. Kumer. *Dermatologische Wochenschrift.*, t. LXXXIX, n° 47, 23 novembre 1929, 2 fig.

A propos de deux cas personnels recueillis chez des hommes de 43 et 31 ans, et tous deux mortels, les auteurs ont réuni 29 observations du même genre. La maladie est bien plus fréquente chez les hommes de 45 à 65 ans ; très rarement plus jeunes, et très rares chez les femmes. Dans l'immense majorité des cas, la tumeur occupe le palais osseux et s'accompagne d'adénopathies cervicales. Les examens histologiques indiquent la structure du sarcome, d'habitude cellules fusiformes, rarement rondes, exceptionnellement alvéolaires, épithélioïdes, etc. La maladie est naturellement très grave (récidive, etc.). En ce qui touche l'origine, Reiche a fait remarquer que les taches pigmentaires de la muqueuse buccale sont bien loin d'être rares si on les recherche ; il en a vu 46 cas, dont 2 seulement chez des femmes. Les auteurs en ont facilement observé 5 cas.

Ch. Audry.

Altérations cutanées des tuberculeux pulmonaires (Hautveränderungen bei Lungentuberkulose), par J. Szanto. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 48, 30 novembre 1929, p. 1899.

Sur 4.757 tuberculeux pulmonaires, S. a observé 38 cas de lupus soit 0,79 o/o. En général, le lupus est rare chez les phtisiques : les chiffres indiqués varient de 2 o/o (Jordan) à 0,14 o/o. Il y a à ce sujet déjà bon nombre de théories (ésophylaxie de S. Hoffmann, antagonisme

par groupe d'organes, etc., etc.). Il est à remarquer que la proportion de tuberculose parmi les lupiques varie énormément suivant les auteurs : de Pele : 20 o/o, à Szomogyi : 81 o/o chez les hommes. Toutefois, le fait paraît établi que la tuberculose pulmonaire des lupiques est relativement bénigne. S. étudie ensuite successivement les altérations cutanées toxi-tuberculeuses, parmi lesquelles il fait figurer eczéma, alopécie, etc. — les altérations cutanées communes à tous les grands malades, — celles qui peuvent relever de dysendocrinie (séborrhée, acné, acrocyanose, etc.) — enfin un groupe de dermatoses purement accidentelles, dermatomycoses, syphilis (2,75 o/o du total, dont le quart femmes), 15 cas de zona, 3 érythèmes noueux, 4 lupus érythémateux et 8 psoriasis. CH. AUDRY.

Altérations de la peau et des muqueuses dans l'agranulocytose (Ueber Haut-und Schleimhautveränderungen bei der Agranulozytose), par E. REYE. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 48, 30 novembre 1929, p. 1895, 6 fig.

R. rappelle brièvement les éléments essentiels de la maladie décrite en 1922 par W. Schulze. Lui-même en a observé personnellement 18 cas (15 femmes) dont 12 ont été pris pour des diphtéries. Il insiste sur l'importance des nécroses hémorrhagiques qui se manifestent presque toujours sur la muqueuse gutturale, et aussi sur les joues, le nez, l'oreille, les bras, la vulve, le vagin, le cou, les doigts, divers points du tractus intestinal. La maladie se termine habituellement par la mort, et seule la transfusion sanguine lui a paru exercer une action. Au microscope, les territoires nécrosés montrent une abondance de micro-organismes divers, aérobies ou non, spirilles, etc.

(Rappelons que la maladie est essentiellement caractérisée par une formule sanguine où les leucocytes en bloc peuvent tomber à un taux de 700 pour mille c., et à la disparition totale des leucocytes granuleux ; cet état rend extrêmement vulnérables à l'infection les tissus exposés à une lésion quelconque). CH. AUDRY.

Wiener Klinische Wochenschrift (Vienne).

Un cas intéressant de syphilis cérébrale chez une fillette de 9 ans (Ein interessanter Fall von Lues Cerebri bei einem neunjährigen Mädchen), par Y. PAPP. *Wiener Klinische Wochenschrift*, n° 47, 21 novembre 1929, p. 1503.

Fillette de 9 ans qui ne présentait aucun stigmate d'hérédo-syphilis, mais dont la mère, qui avait du reste un autre enfant sain, présentait une réaction de Wassermann fortement positive dans le sang. L'enfant revenant de l'école tombe brusquement avec une hémiplégie droite totale flasque. Inégalité pupillaire, fond de l'œil normal. Vulvite gonococcique. Réaction de Wassermann positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Amélioration rapide par le traitement spécifique ;

malgré une attaque de diphtérie intercurrente. Puis apparition de phénomènes spastiques du côté paralysé. La plupart des accidents s'amendèrent sous l'influence d'un traitement très énergique et prolongé 4 mois ; mais les phénomènes spasmodiques des membres ne furent pas guéris. CH. AUDRY.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Erythema elevatum diutinum, par WEIDMAN et BESANÇON. *Archives of Dermatology and Syphilol.* vol. XX, n° 5, novembre 1929, p. 593.

Étude de deux cas d'*erythema elevatum diutinum* consistant en nodosités dures, indolentes, rouge violacé, bien limitées et non adhérentes aux tissus sous-jacents, développées sur la face d'extension des membres et des doigts, en particulier sur les saillies osseuses, souvent symétriquement, ce qui contribue à les différencier du granulome annulaire. Dans l'un des cas cités par W., en plus des localisations habituelles, il existait des éléments sur le pavillon de l'oreille et le nez.

L'histologie montrait une acanthose importante et une infiltration péri-vasculaire de cellules lymphoïdes et de nombreux polynucléaires.

Chez un malade, la culture d'un fragment montra la présence d'un streptocoque (*Strept. ignavus*).

W. et B. considèrent l'*erythema elevatum diutinum* comme une affection bien caractérisée au point de vue clinique et histologique. L'étiologie en paraît complexe. Se basant sur la constatation d'une infiltration périvasculaire de polynucléaires et sur la présence de streptocoques dans un des cas, W. et B. pensent que l'*erythema elevatum diutinum* constitue un syndrome objectif analogue, en ce sens, à l'érythème polymorphe ou à l'érythème noueux, se manifestant au cours d'infections diverses et étant probablement l'expression d'embolies microbiennes de diverse nature. L'infection le plus fréquemment en cause leur paraît être le rhumatisme. S. FERNET.

Dermatose papuleuse noire (Dermatosis papulosa nigra), par MICHAEL et SEALE. *Archives of Dermatol. and Syphilol.*, vol. XX, n° 5, novembre 1929, p. 629, 6 fig.

Castellani a décrit sous ce nom une malformation qu'il a observée presque exclusivement chez des nègres. Le début se fait quelquefois dans l'enfance sous forme de petites papules globuleuses, légèrement pigmentées, situées en petit nombre sur les régions malaires et au pourtour des yeux. Au moment de la puberté, ces papules augmentent en nombre et se pigmentent plus intensivement. Chez l'adulte, on en compte en moyenne de 30 à 50 sur les parties latérales et supérieures de la face, sur les paupières, exceptionnellement sur la nuque. Ce sont alors des lésions papuleuses rondes ou anguleuses, isolées, de 1 à 5 millimètres de diamètre, absolument indolentes, ressemblant vaguement à des verrues planes qui seraient hyperpigmentées. Ces lésions ne s'ulcè-

rent jamais et ne disparaissent jamais spontanément. Elles existent chez environ 10 o/o des nègres et paraissent être plus fréquentes chez les femmes.

L'examen histologique montre qu'il s'agit de lésions purement épidermiques : pas d'hyperkératose, mais hyperacanthose et hyperpigmentation de la couche basale dont les cellules arrivent à être masquées par l'abondance du pigment. On ne trouve pas de cellules næviques, mais de nombreux kystes intraépidermiques remplis d'une substance lamelleuse et des éléments pilo-sébacés rudimentaires.

M. et S. discutent la nature de cette dermatose dont le diagnostic différentiel doit se faire avec les verrues vulgaires, les verrues planes, les nævi pigmentaires, la kératose sénile, les adénomes sébacés ; ils pensent qu'il s'agit d'une forme particulière de nævi.

S. Fernet.

Maduromycosis, par Puestow. *Archives of Dermatol. and Syphilol.*, vol. XX, nº 5, novembre 1929, p. 642, 14 fig.

Mycétome à grains noirs chez une étudiante de 19 ans n'ayant jamais quitté la région de New-York. Les lésions, gommes ulcérées, siégeaient à la tête, au cou et au bras. L'agent pathogène était l'*Aspergillus nidulans*. La guérison ne put être obtenue que par de larges ablations chirurgicales suivies de pansements iodoformés. S. Fernet.

Les propriétés bactéricides de la sueur humaine (Bactericidal properties of human sweat), par Uster. *Archives of Dermatol. and Syphilol.*, vol. XX, nº 5, novembre 1929, p. 664.

Exposé des expériences bactériologiques effectuées sur la sueur inactivée, filtrée ou stérilisée : la sueur constitue un excellent milieu de culture pour le Staphylocoque doré et le Cryptocoque et ne possède pas d'action inhibitrice sur les cultures de ces microbes ; l'action microbicide constatée par certains auteurs serait attribuable aux débris épithéliaux que la sueur, mal filtrée, peut contenir. S. Fernet.

L'hypersensibilité des cobayes à l'arsénobenzol (Hypersensitiveness to arsphenamine in guinea-pigs), par Sulzberger. *Archives of Dermatol. and Syphilol.*, vol. XX, nº 5, novembre 1929, pp. 559 à 697.

S. expose une série d'expériences effectuées sur des cobayes. Après une injection intradermique d'arsénobenzol, le cobaye acquiert une hypersensibilité cutanée à l'injection seconde, intradermique ou intracardiaque, si celle-ci n'est pratiquée qu'après un laps de temps déterminé, environ 14 jours.

L'hypersensibilité consécutive à la première intradermo d'arsénobenzol ne se produit pas si l'on pratique, 24 heures après, une injection intracardiaque d'arsénobenzol. Les animaux ainsi traités ont supporté, sans réactions appréciables, l'arsénobenzol qui leur fut injecté 14 jours après, soit dans la peau, soit dans le cœur, tandis que les cobayes sensibilisés par la première intradermo et non désensibilisés par

l'injection cardiaque du lendemain, ont réagi après 14 jours à l'injection locale par une infiltration avec escharre et à l'injection cardiaque par une éruption généralisée. S. Fernet.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Vérités sur le diagnostic sérologique de la syphilis (Truths about the serum diagnosis of syphilis), par Kolmer. *The Journal of the American Medical Assoc.*, vol. XCIII, nº 19, 9 novembre 1929, p. 1429.

K. déplore que beaucoup d'erreurs soient propagées au sujet de la valeur des réactions sérologiques de la syphilis. Si ces réactions ont survécu à 25 ans d'expérience c'est que leur valeur est incontestable. C'est un fait paradoxal mais réel que ces réactions qui, biologiquement, ne sont pas spécifiques, le sont cependant pratiquement.

A l'exception du pian, la syphilis est seule capable de donner des réactions positives. Toutes les prétendues réactions positives non spécifiques qui ont été signalées au cours d'affections et d'états divers (lèpre, scarlatine, pneumonie, paludisme, grossesse, ictère, fièvre, anesthésie chloroformique, etc.), sont imputables soit à de mauvaises techniques soit à des fautes de technique, exception faite pour les cas où une des affections susmentionnées évolue chez un syphilitique.

Il est vrai que les maladies fébriles augmentent la tendance aux réactions non spécifiques, particulièrement quand on se sert d'extrait cholestériné à 0,4 o/o. Dans la méthode de Kolmer, cette cause d'erreur est réduite au minimum, car l'antigène n'est cholestériné qu'à 0,2 o/o et son pouvoir anticomplémentaire est si faible que 10 unités d'antigène le sont 30 fois moins que l'unité anticomplémentaire.

Grâce à la titration quotidienne des éléments et à sa technique impeccable à tout point de vue, Kolmer n'a jamais observé de réaction positive en dehors de la syphilis et du pian.

S. Fernet.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Sarcome primitif de la peau (Primary sarcoma of the skin), par Mac Cormac. *The British Journal of Dermatol. and Syphilis*, nº 493, novembre 1929, p. 404.

Le court aperçu bibliographique cité par MC. montre que les sarcomes primitifs de la peau ne sont encore classés que provisoirement et qu'ils constituent un problème encore plein d'inconnues.

L'observation citée par MC. concerne un cas des plus rares qui, cliniquement et histologiquement, s'écarte des faits connus. Il s'agit d'une tumeur ulcérée du dos, datant de 6 mois chez une femme de 48 ans. Cette tumeur était dure, circulaire, saillante, rouge, adhérente aux plans profonds, à surface noduleuse, parsemée de vaisseaux dilatés. Son centre était ulcéré ; elle s'accompagnait d'une adénopathie axillaire bilatérale

dure. Malgré l'extirpation de ces ganglions et les applications de radium sur la tumeur primitive, jugée inopérable, la malade succomba 10 mois après l'apparition de la tumeur.

L'examen histologique montra que la tumeur était développée aux dépens du derme et dans le chorion et consistait en cellules irrégulièrement arrondies ou polyédriques avec un stroma intercellulaire peu développé et des îlots caractéristiques de vaisseaux néoformés. Dans la partie non ulcérée l'épiderme était intact ; la tumeur infiltrait les tissus voisins et n'avait aucune capsule limitante. Dans les glandes, on trouvait un amas de cellules différentes des précédentes, ressemblant plutôt à des cellules épithéliales dont beaucoup étaient multinucléées. Seul le stroma intercellulaire et les vaisseaux néoformés rappelait la structure du sarcome.

S. Fernet.

Le traitement de l'érysipèle par le sérum anti-scarlatineux (The treatment of erysipelas by means of anti-scarlet fever serum), par Thomson. *The British Journal of Dermatol. and Syphilis*, n° 493, novembre 1929, p. 417.

T. a guéri deux cas d'érysipèle particulièrement graves, dont un chez un enfant de six mois, par des injections d'un sérum streptococcique antiscarlatineux. Le traitement a échoué dans deux autres cas compliqués de broncho-pneumonie.

Instruit de ses observations et d'une enquête dans plusieurs services hospitaliers spéciaux, T. considère le sérum antiscarlatineux comme doué d'une action curative non douteuse sur l'érysipèle mais, malheureusement, comme inefficace dans les infections secondaires de l'érysipèle comme dans celles de la scarlatine. La sérothérapie streptococcique antiscarlatineuse ne doit être employée qu'à titre de thérapeutique d'exception dans les cas particulièrement graves. On doit employer alors des doses aussi élevées que possible, les répéter tous les jours et ne cesser que trois jours au minimum après la défervescence.

S. Fernet.

The Urologic and Cutaneous Review (St-Louis).

Le traitement physiologique instantané de l'eczéma et de l'urticaire (The instantaneous-physiologic cure of eczema and urticaria), par Paul. *The Urologic and Cutaneous Review*, vol. XXXIII, n° 11, nov. 1929, p. 724.

Il y a peu de temps paraissait un article de von Zumbusch, de Munich, signalant la guérison presque immédiate de l'eczéma par des injections hypodermiques d'un extrait désalbuminé de rate de porc. Aucune précision n'étant indiquée sur le mode de préparation et le dosage de cet extrait, P. s'est servi d'une préparation faite sur sa demande par une firme américaine ; la technique de préparation n'étant pas encore au point, aucun des extraits n'a paru suffisamment actif et P. a été obligé d'injecter à ses malades, suivant les cas, des doses de 5, 10 et même 20 centimètres cubes, ce qui occasionne une tuméfaction assez volu-

mineuse et impressionne défavorablement les malades ; c'est à ce seul fait que P. attribue les quelques syncopes passagères qu'il a observées consécutivement aux injections ; il recommande néanmoins de coucher les malades au moment de pratiquer l'injection.

Les résultats obtenus sont qualifiés de « étonnants et miraculeux ». 44 cas d'eczéma ont été guéris par une ou plusieurs injections suivant que l'éruption était du type aigu, superficiel et purement inflammatoire ou qu'elle s'accompagnait de lichénification. Des guérisons miraculeuses ont été observées dans l'urticaire qui, dans certains cas, a disparu en 10 à 15 minutes et n'a pas récidivé pendant les quelques semaines qui suivirent. Plusieurs cas de prurit anal ou vulvaire ont cédé également à ce traitement.

L'auteur cite une dizaine d'observations qui montrent qu'il s'agissait pour la plupart, d'éruptions anciennes ayant résisté aux traitements habituels. Il cite, en particulier, le cas d'un nourrisson de six mois, atteint d'un eczéma de la face et du cuir chevelu s'accompagant d'un prurit intense, qui pendant deux mois n'avait été soulagé ni par les applications locales ni par les modifications alimentaires. L'injection d'extrait splénique fit cesser le prurit en 10 minutes et les lésions eczémateuses disparurent en quelques jours. On pratiqua deux autres injections préventivement.

Le mode d'action de l'extrait splénique est inconnu. Von Zumbusch avait été amené à l'employer parce qu'il avait constaté que l'éosinophilie était un symptôme commun aux splénectomisés et aux eczémateux et parce que la radiothérapie de la rate à doses excitantes lui avait paru agir favorablement sur l'eczéma. S. Fernet.

Bruxelles Médical.

Syphilis contractée au cours d'un traitement à la tryparsamide, par A. Dubois (Bruxelles). *Bruxelles médical*, 10e année, no 1, 3 novembre 1929, p. 10.

Un homme de 36 ans, en traitement depuis plusieurs années pour une trypanosomiase chronique, reçoit pendant la période d'incubation (45 jours), du chancre syphilitique, sept injections de tryponarsyl à 2 gr. 50, et deux injections d'émétique de sodium.

La tryparsamide n'a donc nullement empêché le développement de la syphilis ; peut-être l'évolution en a-t-elle été légèrement retardée ?

Par contre le malade présenta une arséno-résistance, et malgré un traitement de néosalvarsan poussé (6 grammes avec 5 injections de 0,90) apparurent sur la verge des papules, en même temps que se développait une périostite tibiale. H. Rabeau.

Revista Medica Gallega (Santiagode Galicia).

La blennorragie chronique. Son traitement (Blenorragie cronica, su tratamiento), par Merino Simon. *Revista Medica Gallega* (Santiago de Galicia), 9e année, no 11, novembre 1929.

Revue générale très documentée, résumant un travail destiné au *Traité espagnol de Vénéréologie et de Syphiligraphie*.

Après un rapide aperçu de quelques complications sur lesquelles des travaux récents attirent l'attention et en particulier sur le chancre blennorragique, M. S. étudie successivement les diverses prescriptions relatives au régime alimentaire et à l'hygiène des malades, le traitement interne par les alcalins, les antiseptiques et les balsamiques, le traitement local (injections uréthrales, lavages avec divers médicaments, dilatation et massage, électrolyse, faradisation, traitements endoscopiques, diathermie) et enfin les traitements spéciaux tels que l'autohémothérapie, la protéinothérapie, la vaccinothérapie et la chimiothérapie intraveineuse.

Un dernier chapitre est consacré à la blennorragie chronique chez la femme. J. MARGAROT.

Actas Dermo-sifiliograficas (Madrid).

Psoriasis et chrysarobine par voie veineuse et par ingestion (Psoriasis y crisarobina por via venosa y por ingestion), par JOSÉ PIELTAIN. *Actas dermo-sifiliograficas*, 22e année, no 1, octobre 1929, p. 3.

Un malade atteint de psoriasis est traité par des injections intraveineuses d'une solution colloïdale de chrysarobine à 1 o/oo, à la cadence d'une injection tous les 3 à 5 jours, et à des doses allant progressivement d'un demi à 5 centimètres cubes. L'éruption sèche et squameuse devient très congestive et douloureuse. Le fait est interprété comme une réaction d'Herxheimer typique.

On fait prendre à un second psoriasique 30 gouttes par jour, en deux fois, après le repas, d'une solution de chrysarobine à 2 o/o. Dès le début de la deuxième semaine du traitement, les éléments sont plus déprimés et moins infiltrés. J. MARGAROT.

Le facteur sexuel dans la guérison de la gonococcie (El factor sexual en la cura de gonococia), par E.-A. SAINZ DE AJA. *Actas dermo-sifiliograficas*, 22e année, no 1, octobre 1929, p. 5.

L'activité sexuelle constitue le principal obstacle à la guérison des affections génitales en général et de la gonococcie en particulier. Le repos des organes est une condition essentielle de toute cure.

La blennorragie, en général bénigne avant la puberté et après la ménopause, se montre bien plus rebelle au traitement au cours de la vie génitale.

La conséquence pratique de cette remarque doit être l'interdiction aux malades, non seulement du coït, mais de tout ce qui peut congestionner l'appareil génital. J. MARGAROT.

Traitement intradermique de la syphilis (Tratamiento intradermico de la sifilis), par J.-S. COVISA et A. NOVARRO MARTIN. Note préliminaire. *Actas dermo-sifiliograficas*, 22 année, no 1, octobre 1929, p. 7.

Levaditi a montré que les composés arsenicaux et bismuthiques, inactifs *in vitro* vis-à-vis du tréponème, deviennent spirillicides par adjonction d'extraits frais de certains organes. Cette transformation est due à la présence dans ces organes du glutathion, dont Hopkins a établi le rôle important dans le métabolisme tissulaire par suite de ses propriétés oxydantes et réductrices.

Les capsules surrénales, le foie, le cerveau et la peau seraient particulièrement riches en cette substance. Par contre les muscles et le sang en renfermeraient très peu.

Or, c'est précisément dans les muscles et dans le sang que sont introduits les divers médicaments antisyphilitiques.

La peau étant, parmi les tissus qui renferment le plus de glutathion, un des plus accessibles au praticien, J. S. Covisa et N. Martin ont fait divers essais de thérapeutique antisyphilitique par des injections intradermiques.

L'expérimentation sur l'animal et les essais chez l'homme leur ont montré que des doses très inférieures aux doses thérapeutiques habituelles ont une action des plus nettes sur les manifestations syphilitiques, alors que les mêmes quantités de médicaments, introduites par les voies habituelles, sont absolument inefficaces.

J. Margarot.

Technique de la ponction de la citerne (Confluent sous-arachnoïdien postérieur). Sa valeur diagnostique. Etude comparative de la composition des liquides sous-occipital et lombaire (Técnica de la ponction cisternal. Su valor diagnostico y estudio comparativo de la composicion de los liquidos cisternal y lumbar), par Mariano Gorriz et Lorenzo R. de Arcaute. *Actas dermo-sifiliograficas*, 20e année, no 1, octobre 1929, p. 10, 5 fig., 46 p.

Deux méthodes méritent d'être retenues pour la rachicenthèse sous-occipitale. L'une a été établie par Ayer en Amérique, l'autre par Eskuchen en Allemagne. Chacune d'elles a ses avantages et ses inconvénients.

Ayer ponctionne au-dessus du tubercule postérieur de l'atlas et, dirigeant l'aiguille légèrement vers le haut, atteint directement le ligament occipito-atloïdien et après l'avoir perforé, pénètre dans la citerne.

Eskuchen suit le bord postérieur de la crête occipitale, puis faisant basculer l'aiguille, tout en maintenant le contact avec l'os, la fait glisser en haut jusqu'à ce que l'opérateur rencontre la résistance molle du ligament. Il n'a qu'à pousser l'instrument pour pénétrer dans le confluent sous-arachnoïdien postérieur.

Le procédé d'Ayer est plus élégant et plus rapide ; il s'exécute en un seul temps, mais il est plus dangereux ; il exige une éducation technique spéciale et une attention particulière pour percevoir la résistance, souvent peu appréciable, du ligament occipito-atloïdien.

La méthode d'Eskuchen est, par contre, bien plus sûre, mais la

nécessité de toucher le périoste la rend souvent très douloureuse et elle donne parfois un liquide hémorragique.

Quelle que soit la technique adoptée, le malade doit fléchir fortement la tête en rapprochant le plus possible le menton du sternum. Il peut être assis ou dans le décubitus latéral.

Dans le premier cas, la pression du liquide dans la citerne est négative : il doit être aspiré avec une seringue.

Dans le second, le liquide coule spontanément, ce qui est un avantage lorsqu'on emploie la technique d'Ayer, son issue indiquant la pénétration de l'aiguille dans le confluent sous-arachnoïdien postérieur.

M. G. et E. A. apportent une légère modification dans le détail de la position du malade et de l'opérateur.

Au lieu de faire maintenir par un aide la tête du patient et de se placer à sa droite, le médecin se met en face de lui et maintient avec ses avant-bras la tête immobilisée en flexion.

La ponction sous-occipitale présente quelques dangers et peut donner lieu à des accidents (paresthésies, douleurs fulgurantes dans les membres supérieurs, nystagmus, paralysie faciale transitoire, perte de connaissance, arrêt passager des mouvements respiratoires, etc.). Il n'y a pas d'accidents tardifs.

Des échecs sont possibles, par suite d'altérations locales, de réactions émotives violentes, ou de la blessure de veinules, donnant un liquide hémorragique.

La ponction sous-occipitale est contre-indiquée dans les mêmes cas que la ponction lombaire. On doit être très prudent dans les tumeurs cérébrales et s'abstenir tout à fait lorsque la tumeur est de siège postérieur.

Elle est également contre-indiquée dans les cas d'oblitération de la citerne cérébello-médullaire avec hypertension intracrânienne et stase marquée de la papille.

Elle est d'une grande valeur dans le diagnostic précoce des compressions médullaires, lorsqu'on l'effectue simultanément avec la ponction lombaire.

Elle permet d'introduire des substances telles que le lipiodol qui rendent possible l'exploration des centres nerveux par les rayons X.

Elle est d'un grand intérêt dans le diagnostic précoce des méningites et plus spécialement des méningites encéphalitiques résultant de la propagation des processus inflammatoires aigus ou chroniques de l'oreille moyenne. Elle présente des avantages pour le diagnostic bactériologique des méningites tuberculeuses. Enfin, elle est indiquée dans de nombreuses maladies et en particulier dans la neuro-syphilis du névraxe lorsque l'on veut étudier la composition variable du liquide céphalo-rachidien suivant la région ponctionnée.

Les auteurs apportent une importante documentation portant d'abord sur 100 cas relatifs à des paralytiques généraux, à des tabétiques, à des

sujets atteints de méningites gommeuses syphilitiques ou d'autres processus de même nature.

Par suite de la sédimentation du liquide, les résultats des diverses recherches de laboratoire sont en général plus nets avec le liquide lombaire qu'avec le liquide sous-occipital.

La même remarque peut être faite dans les affections nerveuses qui ne sont pas d'origine syphilitique (alcoolisme, schizophrénie, épilepsie, Parkinson, chorées, scléroses cérébrales, etc.). La ponction sous-occipitale présente enfin un intérêt thérapeutique. Elle paraît préférable à la voie lombaire pour l'injection de sérums thérapeutiques.

Les conclusions de cet important travail de documentation bibliographique et d'expérimentation personnelle sont d'une prudence qu'il convient de souligner :

1° La ponction sous-occipitale est plus délicate et plus difficile que la ponction lombaire. Elle offre de plus grands dangers.

2° L'absence de tout syndrome tardif constitue son plus grand avantage en permettant sa réalisation ambulatoire.

3° La valeur analytique du liquide sous-occipital est inférieure à celle du liquide lombaire dans les cas de neurosyphilis.

4° La rachicenthèse sous-occipitale ne peut par suite se substituer dans la pratique médicale à la ponction lombaire, mais elle est très précieuse quand des altérations anatomiques de la colonne vertébrale, ou diverses causes rendent impossible la ponction lombaire.

5° L'introduction par cette voie de divers médicaments, ouvre de nouvelles possibilités thérapeutiques dont la valeur ne peut être encore fixée, bien que l'on puisse présumer déjà que le champ de leurs indications soit restreint. J. Margarot.

Congrès International monographique du Cancer de la peau

28-30 octobre 1929. — Barcelone

1er volume : *Rapports.*

Première session : *Président :* Professeur Dubreuilh.

Précancer.

Congrès International monographique du Cancer de la peau. Barcelone, 28-30 oct. 1929.

A. — **Morphologie du précancer.** Prof. Covisa de Madrid, rapporteur, p. 9.

C. divise les affections précancéreuses en trois grands groupes ; les dermatoses actiniques, les dermatoses mécaniques et les dermatoses chimiques.

1° *Dermatoses actiniques :*

L'auteur range dans cette catégorie le *xeroderma pigmentosum, l'hydroa* vacciniforme de Bazin, la dermatite solaire de Dubreuilh et les radiodermites. Il y ajoute les nævi, les affections précancéreuses de Paget et de Bowen et l'érythroplasie de Queyrat.

2° *Dermatoses mécaniques :*

Elles comprennent les cicatrices (consécutives à des traumatismes, à des infections, à des lésions tuberculeuses, etc.), et la leucoplasie. Le cancer dû à la présence de parasites (comme celui qui accompagne la bilharziose vésicale) serait d'origine traumatique ou consécutif à des cicatrices.

3° *Dermatoses chimiques :*

C. étudie l'hyperkératose arsenicale, les néoformations provoquées par certains colorants et par les produits de distillation de la houille.

Suit un bref exposé des principaux caractères du cancer expérimental.

Une conclusion générale découle de ces faits :

Spontanées ou provoquées les tumeurs malignes sont dues à l'intervention de causes identiques physiques, mécaniques ou chimiques. Les agents physiques déterminent essentiellement une atrophie cutanée sur laquelle apparaissent ultérieurement des lésions circonscrites d'hyperkératose, de petites élevures verruqueuses et des télangiectasies.

L'action des agents chimiques a surtout pour conséquence une hyperkératose cutanée.

Atrophie et hyperkératose constituent les deux processus fondamentaux qui se retrouvent dans toutes les dermatoses précancéreuses et dans tous les états précancéreux expérimentaux.

J. Margarot.

Le diagnostic clinique des états précancéreux, par Jacques Justus de Budapest. *Congrès International monographique du Cancer de la peau.* Barcelone, 28-30 octobre 1929, p. 27.

Les éléments cliniques caractéristiques des états précancéreux sont :

1° La chronicité.

2° L'irrégularité de la pigmentation.

3° L'hyperkératose atypique de l'épithélium, l'atrophie, l'aplatissement et l'adhérence de la peau en des nœuds irrégulièrement disséminés.

4° L'existence de télangiectasies minces, superficielles, irrégulières.

J. Margarot.

B. — **Histologie des processus précancéreux** (Histologia de los procesos precancerosos), par Gay Prieto (Madrid), rapporteur. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 29, 9 fig.

Le groupe des affections précancéreuses est des plus hétérogènes. Le terme même qui sert à les désigner ne saurait convenir à toutes : certaines, comme les maladies de Paget et de Bowen sont déjà des épithéliomas constitués. D'autres, bien que susceptibles de présenter une transformation maligne, restent parfois indéfiniment stationnaires et ne représentent pas une phase obligatoire du développement des cancers.

Pratiquement, il faut plutôt les considérer comme des conditions anatomiques qui favorisent ou qui préparent le cancer.

Anatomiquement, elles répondent à des hyperkératoses, à des pigmentations, à des atrophies circonscrites, qui, avec de légères différences de structure, réalisent une série de processus cutanés de causes très diverses et d'aspects cliniques extrêmement différents.

A défaut d'une classification histologique, l'auteur adopte la classification étiologique de Covisa en processus précancéreux, d'origine actinique, mécanique ou chimique.

Les lésions histologiques des nombreuses affections réparties dans ces trois groupes diffèrent trop les unes des autres pour faire l'objet d'une analyse d'ensemble. Elles doivent être étudiées en détail dans le texte même du travail. J. Margarot.

C. — **Etiologie et pathogénie du précancer**, par Jaime Peyri, rapporteur. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 43, 13 fig.

L'étiologie du précancer diffère de l'étiologie du développement du cancer lui-même. Quelquefois cependant une même cause intervient dans les deux processus.

Les états acquis précancéreux ont pour origine toutes les causes de transformation sénile de la peau :

a) le *xeroderma pigmentosum* répond à une véritable sénilité congénitale ; la lumière en est la cause déterminante ; le processus se développe avec une vitesse spéciale, brûlant en quelque sorte les étapes ;

b) la sénilité précoce de la peau s'observe chez les marins et chez les paysans. La lumière est encore ici le facteur dominant. Un vieillissement analogue des téguments s'observe dans certaines dermites et dans les cicatrices. Le processus évolue beaucoup moins vite que dans le *xeroderma* ;

c) plus lentement encore se développent les lésions précancéreuses de la peau sénile proprement dite. La cancérisation elle-même est très lente : l'épithélioma reste local et donne rarement lieu à des métastases.

J. Margarot.

D. — **Thérapeutique des processus précancéreux** (Terapeutica de los procesos precancerosos), par Antonio Carreras. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 50.

La prophylaxie du cancer se résume dans le traitement des états précancéreux.

L'institution de ce traitement est un problème d'opportunité et doit se baser sur diverses considérations relatives au siège des lésions et sur leur caractère plus ou moins bénin.

Parmi les moyens thérapeutiques à utiliser, il faut choisir ceux qui peuvent donner les meilleurs résultats avec le moins de dommages pour les tissus. La guérison doit être rapide et complète. Les traitements insuffisants ou répétés sont dangereux.

Le traitement local doit être complété par un traitement général destiné à agir dans la mesure du possible sur le terrain précancéreux. La guérison obtenue, il est indispensable de soumettre le malade à une surveillance médicale. J. MARGAROT.

Lésions précancéreuses de la peau. — Leur traitement par le radium, par DEGRAIS. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 65.

Il importe d'écarter tout agent thérapeutique susceptible par l'insuffisance de son action et l'effet irritatif qui en résulte pour la lésion de provoquer la dégénérescence maligne d'une lésion précancéreuse. Le radium constitue à ce point de vue une des meilleures thérapeutiques, grâce à la gamme progressivement pénétrante de ses rayons, qui lui permet d'agir aussi bien en surface qu'en profondeur et à son pouvoir de destruction élective des éléments en voie de transformation cancéreuse. J. MARGAROT.

Congrès International monographique du Cancer de la peau

28-30 octobre 1929. — Barcelone

1er volume : *Rapports*.

Deuxième session : *Président :* Professeur FERRER CAGICAL.

Formes cliniques et histologiques.

A. — **Formes superficielles des épithéliomas cutanés** (Formas superficiales de los epiteliomas cutaneos), par J. BEJARANO. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone. p. 70.

De toutes les classifications, celle qui paraît le plus en faveur est celle qui se base sur les caractères cliniques des lésions. On peut d'après ce principe diviser les épithéliomas en superficiels et profonds. Cependant, à l'épreuve, cette distinction rencontre des difficultés, tenant au passage relativement fréquent de la première à la deuxième forme.

Il semble plus logique de réserver le nom d'épithéliomas superficiels à ceux qui se développent dans l'épithélium de revêtement et qui envahissent seulement la zone papillaire et la portion la plus superficielle du derme réticulé.

Les épithéliomas profonds seraient ceux qui ont pour origine les épithéliums profondément situés, presque toujours glandulaires.

Les relations existant entre les uns et les autres obligent J. B. à étudier sommairement quelques formes profondes telles que l'épithélioma calcifié de Malherbe, les épithéliomas sébacés et les dégénérescences carcinomateuses des nævi.

Il passe ensuite en revue les épithéliomas superficiels proprement dits en suivant la classification de Martinotti. Elle réunit 14 types dont les plus importants sont : l'épithéliome plan, l'épithéliome pagétoïde de Darier, la maladie de Paget, la dyskératose de Bowen, l'*ulcus rodens* superficiel. Il y ajoute l'érythroplasie de Queyrat.

J. MARGAROT.

Formes cliniques du cancer de la peau (Formas clinicas del cancer de la piel), par X. Vilanova. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 85, 13 fig.

V. constate qu'il n'existe aucune base solide pour la classification des épithéliomas, ni dans les affections qui les précèdent, ni dans leur point de départ histologique, ni dans leur radiosensibilité, ni dans leur aspect clinique, ni dans leur évolution, ni dans leur topographie, ni dans les conditions générales qui les accompagnent. Seules les nécessités didactiques justifient la répartition de ces épithéliomas en cinq groupes :

Le premier réunit les épithéliomas couramment observés en clinique. Il comprend les épithéliomas plan cicatriciel et pagétoïde, l'*ulcus rodens*, l'épithélioma térébrant (baso-cellulaire), l'épithélioma tumoral (baso-cellulaire), le cylindrome, les épithéliomas papillaires cornés superficiel et profond, l'épithélioma végétant.

Le deuxième groupe est constitué par les épithéliomas d'origine sébacée et sudoripare.

Le troisième groupe répond aux nævo-épithéliomes.

Dans le quatrième groupe prennent place les épithéliomas qui tiennent d'une affection précancéreuse initiale leurs caractères objectifs et évolutifs particuliers. Ce sont le lupus carcinome, l'épithélioma développé sur *Xeroderma pigmentosum*, le cancer arsenical et le cancer du goudron, le cancer consécutif à une radiodermite, le cancer des surfaces brûlées et des cicatrices, les cancers de Paget et de Bowen, l'épithéliomatose sénile multiple.

Le cinquième groupe se rapporte aux épithéliomas de la peau résultant de métastases de tumeurs viscérales.

Chacune de ces formes fait l'objet d'une description détaillée.

J. Margarot.

Formes cliniques du cancer de la peau, par Degrais. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 104.

Ayant à envisager la curithérapie du cancer de la peau, D. adopte une division clinique correspondant à des techniques différentes. Il admet quatre groupes :

1° Les petits épithéliomas, l'épithélioma perlé plan sont justiciables du radium. Les appareils à vernis leur conviennent de préférence.

2° L'épithélioma bourgeonnant peut être traité lorsqu'il est peu saillant avec un appareil à vernis, mais avec interposition de filtres de plomb. Quand il est plus volumineux, on doit donner la préférence aux tubes.

3° L'épithélioma ulcère, l'*ulcus rodens* superficiel, guérit par une courte application d'un appareil à vernis. Plus étendu et plus profond, il exige des applications prolongées de tubes (jusqu'à huit jours).

4° L'épithélioma infiltrant, le cancroïde demandent des foyers radio-actifs très puissants.

J. Margarot.

Variétés histologiques du cancer de la peau (Variedades histologicas de cancer de la piel), par P. del Rio Hortega et M. Alvarez-Cascos. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 110, 51 fig.

Les auteurs s'attachent d'abord à préciser les concepts de cancer, de carcinome et d'épithélioma.

Le nom de cancer s'applique à toute néoplasie maligne ; celui de carcinome doit être réservé aux tumeurs épithéliales d'origine glandulaire ; le terme d'épithélioma correspond à l'idée de malignité présente ou future de toute tumeur épithéliale dérivée de la peau ou des muqueuses, qu'elle ait ou non un caractère initial nævique.

Ils étudient l'origine, la division et la dénomination des différentes variétés d'épithéliomas et admettent trois groupes de tumeurs, dont les limites sont peu précises : les tumeurs qui restent toujours bénignes, celles qui, primitivement bénignes, deviennent malignes par la suite (*tumeurs avec malignité potentielle*) et celles qui présentent des caractères de malignité dès le début (*tumeurs avec malignité actuelle*).

Ils discutent la valeur des différentes classifications données par les divers auteurs et, dans le but d'unifier la nomenclature, au lieu de parler d'épithéliomas spinocellulaires, mixtes, et baso-cellulaires, ils emplaient les noms d'épithéliomas inocytiques, oligoinocytiques et aninocytiques suivant que les cellules ont une différenciation fibrillaire à peu près normale, une différenciation incomplète ou une absence quasi-absolue de fibrillation.

Les *épithéliomas inocytiques* (dont les cellules offrent les caractères essentiels des éléments normaux de la peau) présentent des variations de l'évolution kératique, qui est, suivant les cas, exagérée, modérée ou diminuée (épithéliomas hyperkératoblastiques, mésokératoblastiques ou hypokératoblastiques, correspondant respectivement aux épithéliomas cornés, pavimenteux lobulés (avec des globes épidermiques) et mixtes.

Dans les épithéliomas *oligoinocytiques*, les cellules présentent des fibres intraprotoplasmiques peu abondantes, les ponts intercellulaires sont débiles et manquent complètement par endroits. Les éléments ont une kératinisation anormale — la faible différenciation structurale coïncide avec la réduction du pouvoir kératosique (formes parakératosiques).

Le dernier groupe caractérisé par des cellules sans différenciation fibrillaire (*épithéliomas aninocytiques*) comprend trois variétés :

1° Les épithéliomas *akératoblastiques*, formés de cellules de caractère embryonnaire, sans différenciation aucune et sans tendance à la kératinisation, correspondent aux baso-cellulaires.

2° Les épithéliomas *glioblastiques*, formés de cellules du type embryonnaire pouvant subir la transformation muqueuse ou colloïde, répondent aux cylindromes.

3° Les épithéliomas *mélanosiques* ont des cellules moins embryon-

naires et chargées de pigments. Ils correspondent aux nævo-carcinomes.

Ces différentes variétés d'épithéliomas inocytiques, oligoinocytiques et aninocytiques constituent le groupe des *tumeurs avec malignité actuelle.*

Les tumeurs à malignité potentielle sont des tumeurs fibro-épithéliales donnant lieu à deux variétés morphologiques, l'une endoblastique (acanthomatose), l'autre exoblastique (papillomatose).

J. Margarot.

La dégénérescence des cellules néoplasiques (La degeneration en las células neoplasicas), par Ferrer Cagical. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 130, 6 fig.

Les cellules cancéreuses plus encore que les cellules normales peuvent présenter des transformations dégénératives.

F. C. passe rapidement en revue les dégénérescences albuminoïde, vacuolaire, myxomateuse, colloïde, amyloïde, le développement de glycogène, les dégénérescences graisseuse, cornée, parakératosique, l'infiltration calcaire. La pigmentation elle-même peut être un facteur de désintégration cellulaire. J. Margarot.

Note sur la présence de cellules géantes dans les épithéliomes cutanés, par Du Bois, de Genève. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 134, 5 fig.

L'existence de cellules géantes dans les épithéliomas a donné lieu à diverses études, mais personne, jusqu'à présent, n'a cherché à établir si leur apparition précède ou suit celle de la tumeur.

Dans trois cas l'auteur a constaté qu'elles entouraient de petits corps étrangers ressemblant à des poils d'insecte ou de plante. Elles étaient en rapport beaucoup plus étroit avec ces corps étrangers qu'avec la néoplasie, dont elles paraissaient complètement indépendantes.

Il se peut que leur pénétration ait été le phénomène initial et partant, la cause de l'épithélioma dans les cas observés.

J. Margarot.

Pseudo-épithéliomas malpighiens. — Etude anatomo-phathologique (Pseudo-epitheliomas malpighianos), par F. Fomel Puig. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), p. 137, 11 fig.

Certaines altérations de structure des épithéliums malpighiens exposent à des erreurs de diagnostic. L'auteur les divise en cinq groupes :

1° Les papillomes pseudo-épithéliomateux.

2° Les processus inflammatoires non spécifiques donnant lieu à des modifications de la disposition histologique des épithéliums malpighiens.

3° Les pseudo-épithéliomas produits par des lésions syphylitiques.

4° Les pseudo-épithéliomas produits par des lésions tuberculeuses.

5° Les processus lépreux pseudo-épithéliomateux.

J. Margarot.

Epithélioma dû aux rayons Rœntgen, par Fornells Puig. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 140, 9 fig.

Description anatomo-pathologique d'un cas d'épithélioma R. de la main.

On trouve, suivant les zones examinées, des éléments baso-cellulaires, spino-cellulaires ou une hyperplasie simple. Le stroma peu abondant est le siège d'une infiltration inflammatoire très marquée.

J. Margarot.

Il Dermosifiligrafo (Milan).

Abcès multiples de la gaine de la verge, gonococciques, sans infection de l'urètre (Contribution histologique à la connaissance des malformations de l'urètre), par Tommaso Venturi. *Il Dermosifiligrafo*, 4e année, no 10, octobre 1929, p. 482, 3 fig. Bibliographie.

Il s'agit d'un cas d'infection gonococcique du fourreau de la verge, sans infection de l'urètre. Le patient est un petit télégraphiste, qui depuis trois ans, présentait, sur un point du raphé de la verge, un abcès à répétition, qui se gonflait, s'ouvrait, se vidait, se remplissait encore, pour se vider à nouveau, le même cycle recommençant ainsi indéfiniment. Enfin, dans les derniers temps, le raphé s'était tuméfié sur sa longueur, formant un cordon dur et douloureux, sur le trajet duquel étaient apparues cinq petites nodosités, aboutissant elles-mêmes à autant de petits abcès, moins volumineux que le premier, celui-ci atteignant au maximum la grosseur d'une noix.

Le pus de ces abcès contenait des gonocoques, à caractères très nets à l'examen direct ; cultures négatives. Examen histologique d'un des abcès biopsiés : cavité anfractueuse, tapissée d'un épithélium à type pavimenteux sur certains points, mais sur d'autres, à type cylindrique comme l'épithélioma urétral. Cet examen histologique permet de conclure à l'existence d'une cavité préformée, qui a d'abord, dans une première période, été le siège d'une infection banale, à la suite de traumatismes (bicyclette) d'où l'abcès à répétition. Ultérieurement, à la suite d'un coït, infection secondaire gonococcique, et propagation le long du raphé.

L'auteur fait à cette occasion, une étude des différents types de malformations urétrales et des diverses classifications qui en ont été proposées. Dans le cas étudié, vu le revêtement épithélial pavimenteux sur certains points, cylindrique sur d'autres, l'interprétation est assez difficile, mais V. croit pouvoir conclure à une origine urétrale. Au point de vue pathogénique, si l'infection de la première cavité est due à la pénétration directe du gonocoque, il paraît vraisemblable que les abcès secondaires ont été consécutifs à une lymphangite développée le long du raphé.

Pourquoi l'urètre a-t-il été épargné ? Le patient ne prenait aucune

précaution prophylactique, mais il urinait après le coït. Peut-être cette précaution a-t-elle été suffisante. Peut-être aussi y a-t-il chez certains sujets, un état réfractaire de la muqueuse, au moins temporaire.

BELGODERE.

Observations sur l'allergie cutanée dans l'infeotion par le strepto bacille de Ducrey, par Tommaso VENTURI. *Il Dermosifiligrafo*, 4e année, n° 10, octobre 1929, p. 495. Bibliographie.

La découverte du vaccin antistreptobacillaire n'a pas eu seulement des effets pratiques heureux, au point de vue thérapeutique ; elle est aussi de grande importance scientifique en permettant d'étudier avec plus de précision les phénomènes de sensibilisation et d'immunité.

C'est ce dernier objectif que s'est proposé l'auteur. Ses expériences, qui ont porté sur plus de 500 malades, ont consisté à pratiquer des intradermo-réactions avec du vaccin antistreptobacillaire, sur des sujets atteints de chancres mous, syphilis, blennorragie, eczéma, psoriasis, lupus, etc. En outre afin de contrôler la spécificité des réactions obtenues, différents groupes de patients étaient soumis à la même épreuve au moyen du vaccin antistreptococcique, du vaccin-bacille de Pfeiffer, de la tuberculine, cette dernière pour mettre en évidence les exaltations et réactivations éventuelles de l'allergie cutanée vis-à-vis du bacille de Ducrey.

Ces intradermo-réactions ont été complétées sur un certain nombre de sujets par des examens hémocytologiques, et aussi par des examens histologiques, en pratiquant l'ablation par biopsie de la zone de réaction cutanée. Ces dernières recherches n'ont permis d'ailleurs de déceler aucun caractère différentiel digne de mention, entre les divers sujets, au point de vue de la spécificité, de l'allergie ou de l'immunité.

Au point de vue de la spécificité, les intradermo-réactions ont donné dans le chancre mou, une proportion tout à fait remarquable de résultats positifs : 99 o/o. Ces réactions restent intensément positives même chez les sujets qui ont eu un chancre mou 25 ans avant.

Le vaccin Dmelcos présente donc une grande valeur curative, diagnostique et médico-légale. Et au point de vue scientifique, au point de vue de l'étude des processus immunitaires, il met en évidence l'importance de la peau comme facteur principal de l'allergie, dans une infection localisée exclusivement à la peau et aux muqueuses, sans participation appréciable de phénomènes humoraux.

BELGODERE.

Gale des lames unguéales, par Francesco BONADUCE. *Il Dermosifiligrafo*, 4e année, n° 10, octobre 1929, p. 503. Deux figures.

B. étudie les différents types d'altérations des ongles qui peuvent s'observer chez les galeux et les classe en trois groupes : 1° lésions dues aux infections pyogènes associées ou à des troubles trophiques dus au grattage ; 2° lésions dues à la pénétration de l'acare dans la lame

unguéale ; 3° lésions dues à une localisation *primitive* de l'acare sur la lame de l'ongle.

Il décrit ensuite un cas personnel : paysan de 36 ans, atteint d'une gale méconnue depuis un an avec les localisations classiques et les lésions habituelles. Au pied gauche, l'ongle du troisième doigt était soulevé par une substance grisâtre, ou vert noirâtre, formée d'épiderme cornifié, qui s'opposait à l'accroissement de l'ongle. Le bord libre présentait des fissures transversales, la surface offrait des stries longitudinales et des bosselures. La pulpe était le siège d'une ulcération délimitée à l'extérieur par une bordure nette, et en haut se prolongeant jusque sous la lame unguéale. Cette ulcération était recouverte d'une croûte séro-hématique. La recherche de l'acare fut positive dans les sillons, dans l'ulcération et jusque dans la lame unguéale, les parasites et leurs œufs s'étaient insinués entre les lamelles du tissu unguéal.

Il semble bien, d'après l'anamnèse que les lésions aient débuté par la peau et que l'ongle ait été envahi plus tard. Il semble bien aussi que le parasite ait pénétré dans l'ongle par sa face inférieure.

B. discute le diagnostic avec les altérations unguéales des mycoses, des dermatites exfoliatrices, de l'eczéma, du psoriasis, du *pytiriasis rubra.*

Les principaux signes différentiels dans le cas envisagé étaient : la constatation de l'acare, l'hyperkératose du lit de l'ongle, la transparence conservée de l'ongle (alors que, dans les affections ci-dessus énumérées l'ongle devient opaque). Il peut y avoir aussi confusion avec la gale norvégienne, ou avec les différentes altérations unguéales de cause externe, physique ou chimique.

Traitement : la chute de l'ongle fut provoquée par des applications de pommade à l'acide pyrogallique, puis les lésions scabieuses sous-jacentes, traitées par la pommade d'Helmerich, guérirent complètement et sans récidives.

Belgodere.

Le dispensaire celtique selon les exigences de la prophylaxie moderne, par Giorgo Segré. *Il Dermosifiligrafo,* 4e année, n° 10, octobre 1929, p. 509.

Cet article est la reproduction d'une communication faite à la XVe Réunion de l'Association Professionnelle des Dermosyphiligraphes italiens, à Milan, le 11 mai 1929.

L'auteur passe en revue les différentes phases du statut juridique sanitaire italien concernant la prostitution et la lutte contre les maladies vénériennes : règlement Cavour (1860) ; règlement Crispi (1862), ce dernier abolitionniste ; règlement Mussolini (1923). La tendance actuelle est d'accorder les soins et les médicaments gratuits à tous les malades sans distinction, pauvres ou riches. La lutte engagée a donné déjà des résultats appréciables, caractérisés surtout par une très forte diminution des accidents secondaires, tandis que les accidents primaires ou tertiaires demeurent à peu près stationnaires.

De meilleurs résultats peuvent encore être obtenus en perfection-

nant l'organisation des Dispensaires. Il faut que, de plus en plus, ceux-ci soient dirigés par des médecins compétents, suffisamment sélectionnés *et surtout suffisamment rétribués*, et l'éducation du public doit être intensifiée pour qu'il s'adresse de plus en plus à des établissements spéciaux et à des médecins spécialisés en prenant toutes les précautions pour ne pas heurter les répugnances du public.

Il est de toute nécessité que soit intensifié l'emploi des injections intraveineuses d'arsénobenzol, particulièrement pour les cures d'attaque du début de la maladie, seul moyen rapide pour faire disparaître les manifestations contagieuses. Nous n'insisterons pas sur les divers points développés par le Professeur Segré, attendu que les desiderata qu'il exprime sont identiques à ceux des syphiligraphes français et de tous les pays et que la répétition en serait superflue. BELGODERE.

Dermographisme et formule leucocytaire, par PIER AGELO MEINERI. *Il Dermosifiligrafo*, 4e année, n° 11, novembre 1929, p. 537.

Convaincu que le substratum anatomo-physiologique des caractères individuels et régionaux de la peau est très complexe et constitué par de nombreux facteurs, de rapports définis et constants entre eux, l'auteur a voulu contrôler cette opinion par une étude des rapports entre le dermographisme et la formule leucocytaire du sang circulant dans la région cutanée examinée.

On sait que le dermographisme se comporte d'une manière différente selon les individus, et, chez un même individu, selon les régions cutanées.

On sait aussi que la formule leucocytaire présente, dans une région donnée, des variations sous l'influence de stimulations physiques et chimiques. Le but des recherches entreprises par M. a été d'établir les rapports qui pouvaient exister entre ces deux éléments.

Deux séries d'expériences :

1° Sur un grand nombre d'individus sains, examen du dermographisme de la peau du dos et choix de deux qui présentaient d'une manière nette soit un dermographisme *rouge*, soit un dermographisme *blanc*. Chez ces sujets, le sang, prélevé dans la même région du dos, au moyen de scarifications a été examiné au point de vue de la formule leucocytaire.

Il a été constaté ainsi qu'il existe deux types de formule leucocytaire qui, confrontées entre elles, présentent ces caractéristiques : *le sang de la peau avec dermographisme rouge, a un rapport leucocytaire beaucoup plus riche en polynucléaires neutrophiles que celui de la peau avec dermographisme blanc, où prédominent au contraire les lymphocytes.*

2° Examen comparatif du dermographisme de la peau du dos et de la jambe, et en même temps, examen de la formule leucocytaire de ces deux régions. On sait que la peau du dos réagit par un dermographisme blanc. M. a constaté également une différence dans la formule

leucocytaire de ces deux régions et les différences concordaient avec les résultats de la première série d'expériences : *au dos* (dermographisme rouge), *polynucléaires neutrophiles. A la jambe* (dermographisme blanc), *lymphocytose.*

Ces deux séries d'expériences démontrent que les réactions cutanées, même les plus simples, sont accompagnées de modifications profondes, et que la formule leucocytaire du sang circulant dans la peau subit l'influence des facteurs locaux. Le sang circulant ne conserve donc pas toujours une structure uniforme ; celle-ci varie en passant à travers les divers organes, et dans la peau, elle varie encore suivant les régions.

Pour expliquer ces variations hématiques, il est nécessaire d'admettre que les capillaires et le sang qui circule entre eux, font partie intégrante de la peau elle-même, et ne peuvent pas être disjoints de celle-ci dans l'étude des réactions individuelles et régionales.

On a parlé par exemple beaucoup dans ces derniers temps, de *réactivité capillaire*, mais les expériences ci-dessus rapportées montrent bien qu'on ne peut pas considérer le capillaire isolé ; il faut tenir compte que les phénomènes interprétés comme réactivité capillaire ne sont que l'ensemble d'un complexe mouvement réactionnel, dont le capillaire n'est qu'un des éléments.

Étant donné le rapport constant qui existe entre le dermographisme et la formule leucocytaire, il est possible de déduire l'un de l'autre, et les deux facteurs pris ensemble peuvent avoir une valeur dans l'étude des caractères constitutionnels (sympaticotonie, vagotonie).

BELGODERE.

Lichénification anormale systématisée (Contribution à l'étude de l'étiopathogénie des lichénifications), par MARIO ARTOM. *Il Dermosifiligrafo*, 4e année, novembre 1929, p. 549, 3 fig. Bibliographie.

L'auteur esquisse rapidement l'historique de l'évolution des idées relatives aux lichénifications et rappelle l'influence prédominante de Brocq sur cette évolution, sa classification en lichénifications *primitives* et *secondaires*, en lichénifications *normales* et *anormales*, ces dernières classées en 5 catégories : 1° hypertrophique ; 2° hyperkératosique ; 3° diffuses de la face ; 4° lichénifications du cuir chevelu ; 5° lichénifications de la paume de la main.

Il rapporte une observation personnelle, chez une femme de 54 ans qui fut atteinte d'abord d'un prurit intense, localisé au début à la région vulvaire, puis s'étendit à tout le membre inférieur gauche : face interne de la cuisse, creux poplité, bord interne du tendon d'Achille. Consécutivement à ce prurit, se développèrent des lésions cutanées qui dans la région génito-crurale, présentaient l'aspect classique des lésions de lichénification ; sur la face interne de la cuisse, la lésion consistait en un cordon induré, long de 19 centimètres, faisant une saillie très nette ; au creux poplité et à la région malléolaire, les lésions avaient aussi les caractères de la lichénification. Histologiquement on notait : dans l'*épiderme* : acanthose, hyperkératose, disparition des papilles, la

frontière entre le derme et l'épiderme étant représentée par une ligne onduleuse ; épaisissement de la couche cornée, augmentation inégale du *stratum granulosum*, plus marquée au niveau des dépressions de l'épiderme ; épaississement inégal du corps muqueux, plus marqué au niveau des saillies de l'épiderme ; couche basale infiltrée sur certains points.

Dans le *derme* : lésions d'infiltration accentuées et diffuses dans les couches les plus superficielles, plus discrèts et périvasculaires dans les couches profondes.

Discussion du diagnostic : A. conclut que son cas entre bien dans la catégorie des lichénifications anormales, pour des raisons cliniques, histologiques et thérapeutiques, et il fait remarquer que ce cas semble apporter une confirmation à la théorie de Pautrier, qui considère le lichen corné comme une lichénification anormale et non comme une variété du lichen plan.

. Il reste à expliquer la topographie singulière des lésions.

A. passe en revue les diverses théories proposées pour expliquer la topographie des dermatoses : 1° vasculaire ; 2° radiculaire ; 3° nerveuse ; 4° métamérique ; 5° théorie des lignes de Voigt ; 6° théorie des lignes pilaires ; 7° théorie des dermatomères.

Dans le cas rapporté, A. fait remarquer que la ligne suivie par la lésion cutanée correspond au trajet des filets cutanés du nerf obturateur, qui s'anastomose avec le saphène interne, et que, dans la coxalgie, la hernie obturatrice, on observe des douleurs localisées suivant le même trajet. Chez sa malade, la première manifestation avait été un prurit, qui n'est qu'une des modalités de la douleur et l'examen gynécologique révéla des lésions d'annexite et d'ovarite gauches. On est en droit de penser que ces lésions étaient à l'origine du prurit initial et qu'il y a eu, non seulement trouble sensitif, mais aussi trouble trophique cutané, qui aurait entraîné les altérations de la peau. On peut objecter que les troubles trophiques et vaso-moteurs sont plutôt sous la dépendance du système nerveux végétatif, mais il est connu qu'il existe des relations étroites entre les altérations du système nerveux animal et celles du système autonome, et que, de ces relations, dépendent les troubles vaso-moteurs concomitants aux troubles de la sensibilité dans les cas de névrite.

Le Pr. A. conclut donc qu'on peut admettre une variété particulière de lichénification anormale, qui vient s'ajouter à celles qui ont été ci-dessus énumérées : *la lichénification linéaire ou systématisée*, et que cette variété confirme la conception des rapports existant entre les altérations nerveuses périphériques et la lichénification, rapports dont les limites sont encore à déterminer. BELGODERE.

Sur l'épilation du cuir chevelu par la méthode mixte Rœntgen-thallium (Compte rendu des premiers cent cas traités par cette méthode. Notes de critique sur les diverses méthodes), par BRUNO BELLUCI. *Il Dermosifiligrafo*, 4e année, novembre 1929, p. 565.

On discute beaucoup sur les avantages et les inconvénients respectifs des deux méthodes usuelles d'épilation : méthode *physique* par les rayons X, méthode *chimique* par l'acétate de Tl. On a préconisé une troisième méthode, méthode *mixte*, qui associe ces deux agents épilatoires et la plupart des dermatologues qui ont employé cette méthode sont d'accord pour reconnaître que les effets des deux procédés associés s'additionnent.

Cependant, les recherches faites jusqu'alors l'avaient été sur un nombre de cas trop restreint pour qu'on puisse en tirer des conclusions définitives. Le Pr. Bruno Bellucci a entrepris des recherches sur une plus large échelle et communique ses résultats sur 100 cas de teigne soumis à l'action mixte rayons-thallium.

Il fait d'abord une critique très soignée des méthodes antérieures.

I. — *Pour la méthode radiologique : a*) difficultés de technique : dosage exact difficile à obtenir, difficultés provenant de la forme du crâne, de l'indocilité du malade, qui s'oppose à l'immobilité, procédés de mesure imparfaits ; *b*) différences de la sensibilité cutanée dans les conditions normales et pathologiques : l'unité de mesure de la radiosensibilité est la dose érythème, mais il s'en faut de beaucoup que cette unité soit définie d'une manière précise ; cette dose érythème par exemple varie beaucoup suivant l'âge, les très jeunes enfants sont beaucoup plus sensibles que les adultes ; il y a aussi des différences suivant les régions pilaires ; il y a encore des différences suivant les états pathologiques de la peau : certaines dermatoses créent des contre-indications relatives à la rœntgenthérapie, par exemple les pyodermites, et l'on sait qu'elles viennent souvent compliquer les trichophyties. D'autres fois, on a vu l'intolérance aux rayons provoquée par les applications médicamenteuses associées : l'iode, si employé dans le traitement des teignes serait au nombre des médicaments qui créent cette sensibilisation.

Toutefois, ces inconvénients de l'épilation radiologique ne doivent pas faire méconnaître ses avantages : expulsion spontanée du poil ; expulsion totale ; rareté des accidents, car dans la pratique, les dangers ci-dessus énumérés se trouvent atténués par la tolérance assez élastique de la peau humaine.

II. — *Pour la méthode chimique :* les appréciations des auteurs sont très discordantes, les unes enthousiastes, les autres très hostiles, mais presque tous s'accordent à reconnaître la *grande toxicité* de cette substance et qui augmente avec l'âge, si bien qu'on ne peut plus l'employer au delà de la puberté. On fait encore d'autres reproches : chute des poils incomplète, chute non spontanée ; durée insuffisante de l'alopécie qui ne donne pas un temps suffisant pour faire le traitement antiseptique.

Mais ces inconvénients du Tl ne doivent pas faire oublier ses avantages : extrême facilité et simplicité d'application qui en rend l'emploi

facile dans les localités éloignées de tout centre radiologique, ainsi qu'il arrive souvent dans les campagnes.

Nous ne pouvons pas suivre l'auteur dans le détail des recherches qu'il a entreprises pour contrôler l'efficacité, les avantages et les inconvénients de la méthode mixte. Mais en voici les conclusions :

I. — *Désavantages par rapport aux autres procédés :* aucun.

II. — *Avantages sur le Tl seul :* 1° on peut employer des doses moindres et éviter ainsi plus sûrement l'intoxication ; 2° on peut utiliser le Tl même chez l'adulte ; 3° l'expulsion des poils est spontanée ; 4° la durée de l'alopécie est plus longue qu'avec le Tl seul et même qu'avec les rayons seuls ; 5° récidives moins fréquentes, par suite des avantages précédents.

III. — *Avantages sur les rayons X seuls :* 1° technique simplifiée (il suffit de deux champs d'irradiation) ; 2° temps d'irradiation plus réduit (économie) ; 3° dose de rayons plus faible (pas de radiodermite) ; 4° durée de l'alopécie augmentée (ce qui donne le temps de faire le traitement antiseptique) ; 5° possibilité, si l'on a à traiter une récidive, de recommencer le traitement sans avoir à redouter une alopécie permanente (puisque les doses de Tl et de rayons sont plus faibles).

Belgodere.

Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche (Milan).

Le diagnostic radiologique et clinique de la syphilis pulmonaire, par Giuntoli. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche,* n° 8, 1929.

L'auteur décrit un cas de syphilis pulmonaire considéré précédemment comme une forme de tuberculose pulmonaire et traité depuis de longues années pour cette maladie, bien que le sujet eût contracté la syphilis 30 ans auparavant.

Le patient se présentait très faible et amaigri avec un peu de toux et faible expectoration. La symptomatologie physique ne présentait aucun signe spécialement caractéristique : léger affaiblissement du bruit respiratoire à droite sur la ligne paravertébrale en haut, état emphysémateux diffus avec diminution de la respiration dans tout le champ pulmonaire ; à droite en haut, groupe de très fins râles inspiratoires. L'auteur présente une série de radiographies thoraciques. Dans le champ pulmonaire droit, au niveau de l'insertion vertébrale de la VIIe et VIIIe côtes on remarquait une ombre arrondie, assez dense, à contours assez irréguliers et vagues. Le fond de cette ombre n'était pas uniforme mais avec des points plus denses et plus clairs. Cette ombre en outre était traversée par des cordons opaques assez denses qui se continuaient dans le parenchyme pulmonaire.

Bordet-Wassermann fortement positif. Recherche du bacille de Koch négative. Le patient ayant été soumis à un traitement mercurio-iodo-arsenical, on obtint après deux mois une disparition complète des signes cliniques, un rétablissement rapide des conditions générales et une

disparition presque complète des ombres anormales radiologiquement observées.

Le type de l'ombre radiologique très diverse de celle qui s'observe dans la tuberculose, la localisation au second ou troisième lobe à droite, la négativité du bacille de Koch dans l'excrétion aboutirent à modifier le diagnostic primitif erroné de tuberculose pulmonaire ; le traitement antiluétique institué avec ses rapides effets confirma pleinement le diagnostic de syphilis pulmonaire. BELGODERE.

Penserio Medico (Milan).

Acridinothérapie et infection blennorragique, par MARRAS. *Penserio Medico*, nos 5 et 6, 1929.

Avant d'exposer les résultats de ses expériences clinico-thérapeutiques sur la cure acridinique de la blennorragie, l'auteur relève avec soin la bibliographie récente, mais déjà abondante, sur ce sujet, bibliographie riche d'enthousiasmes d'une part, mais très sceptique d'autres côtés.

Les expériences précédemment faites en Italie commencent elles aussi à établir la juste valeur de cette chimiothérapie qui s'inspire de l'imitation du traitement salvarsanique de la syphilis, mais sans donner des résultats aussi brillants que celle-ci.

L'auteur a effectué ses recherches avec la trypaflavine, la gonacrine et l'orthoflavine. Il rapporte ses résultats d'après 80 cas, dont 56 traités avec la trypaflavine, 11 avec la gonacrine, 4 avec l'orthoflavine et 9 avec un traitement mixte de deux de ces préparations ensemble. Dans quelques cas a été institué un traitement mixte de préparations acridiniques par voie intraveineuse avec un traitement local avec des préparations d'argent. Les résultats, sans être extrêmement brillants, ont été souvent bons, et dignes d'être pris en considération.

Au point de vue de la tolérance et de l'élimination, l'auteur n'a pas eu à se plaindre de désordres graves, bien que ne lui aient point manqué les cas d'intolérance (vomissements répétés) et les phénomènes de coup de soleil acridinique.

Les résultats ont été meilleurs dans les formes compliquées que dans les formes de métrites aiguës.

Dans la blennorragie masculine, l'auteur a vu l'atténuation de toute la symptomatologie après la deuxième et la troisième injections. Cependant, alors que dans les complications l'influence du traitement général est constante et progressive après les premières injections, dans les formes de métrite simple, aiguë, subaiguë et chronique, l'efficacité du traitement n'apparaît qu'après 6 ou 7 injections et dans certains cas peut manquer absolument, quoique cependant dans aucun cas on n'ait vu le traitement occasionner une aggravation du processus blennorragique.

De toute manière, les soins locaux avec du protargol ou autre ont toujours une influence favorable.

Dans la blennorragie de la femme, alors que l'endométrite et la cervicite se modifient rapidement, les urétrites persistent plus longuement. Là aussi le traitement local abrège la durée de la maladie.

Pour l'auteur, les préparations acridiniques agissent en déterminant dans l'organisme une ambiance défavorable pour la vitalité et la multiplication du gonocoque. Bien que n'exerçant pas une action bactéricide sur le gonocoque, ces préparations ont le pouvoir de le sensibiliser vis-à-vis des préparations antigonococciques habituelles.

De toute façon, le traitement acridinique doit être considéré par conséquent, comme un excellent adjuvant du traitement local de la blennorragie. BELGODERE.

La Pediatria (Naples).

Influence des rayons ultra-violets sur la cuti-réaction à la tuberculine, par STORCHI. *La Pediatria*, t. XXXVII, 1929, p. 416.

L'auteur a pratiqué simultanément des cuti-réactions à la tuberculine sur des zones irradiées avec des rayons ultra-violets (10 à 25 minutes) et sur des régions non irradiées. La réaction était pratiquée aussitôt après l'application des rayons. Les patients (tous des petits enfants) avaient une inhibition totale ou partielle de la réaction de Pirquet sur les parties irradiées, démontrable par l'absence non seulement du halo rouge, mais aussi du soulèvement papuleux.

L'auteur pour expliquer ces modifications fonctionnelles de la peau irradiée a pratiqué des recherches histologiques sur la peau, au point de vue du système réticulo-endothélial, au moyen de coloration vitale *in situ*. Il a constaté, dans les sections cutanées irradiées, une proportion plus forte d'éléments imprégnés au bleu pyrrol (fibrocytes, histiocytes en fonction de macrophages). BELGODERE.

Rassegna internazionale di Clinica e Terapia (Naples).

Nouvelle contribution à l'étude de l'érythrodermie exfoliative bénigne post-psoriasique, par G. SANTOIANNI. *Rassegna internazionale di Clinica e Terapia*, n° 3, 1929.

L'auteur, dans un précédent travail, avait fait ressortir, à propos d'un cas d'érythrodermie exfoliative bénigne post-psoriasique, le comportement particulier du système nerveux végétatif, attribuant une importance dans la genèse de ces accidents à la réactivité cutanée spéciale des psoriasiques dans le sens de la diathèse parakératosique de Samberger, provocable par les stimulants toxiques et humoraux de diverse nature.

Ayant eu l'occasion d'observer un second cas, l'auteur après l'avoir méticuleusement décrit tant au point de vue clinique qu'au point de vue du laboratoire, spécialement pour ce qui concerne les constatations histo-pathologiques et les épreuves pharmacodynamiques revient sur ce sujet et aboutit aux conclusions suivantes :

1° Dans le cours de l'évolution d'un psoriasis, peut intervenir une dermatite exfoliatrice généralisée à décours absolument bénin, qui ne doit pas être confondue avec les formes extensives régionales ou quasi-généralisées du psoriasis ni avec les herpétides malignes de Bazin.

2° Après la disparition de la poussée érythrodermique la dermatose résiduelle assume quelquefois des particularités cliniques et morphologiques différentes de celles de la dermatose primitive.

3° On ne saurait nier, dans ces formes érythrodermiques généralisées secondaires au psoriasis, l'intervention du système nerveux végétatif, et il est possible de rencontrer à l'acmé de la période érythrodermique, une perturbation du tonus de celui-ci dirigée le plus souvent dans le sens d'une exagération du tonus du sympathique.

4° La dermatite exfoliatrice post-psoriasique doit être considérée comme une transformation de la dermatose primitive due, non seulement aux causes habituelles médicamenteuses externes ou internes et à des agents physiques ou chimiques externes, mais aussi à des facteurs toxiques par dysfonction des organes internes ou par déséquilibre neuro-végétatif.

5° A ces excitations toxiques internes ou externes, la peau répond histologiquement par une parakératose accentuée ; cela renforcerait l'hypothèse connue de Samberger au sujet de la prédisposition réactionnelle spéciale de la peau des psoriasiques. Cette hypothèse étant admise, la dermatite exfoliatrice bénigne post-psoriasique pourrait être interprétée, selon Darier, comme une parakératose psoriasique provoquée par une des causes ci-dessus indiquées. BELGODERE.

Riforma Medica (Naples).

Au sujet des ulcérations tuberculeuses de la langue et du pharynx, par O. VALTAN. *Riforma Medica*, 6 avril 1929.

L'auteur a observé avec une certaine fréquence la présence d'ulcérations sur les bords et sur les deux faces (particulièrement la supérieure) de la langue, chez les tuberculeux ; moins fréquemment sur les amygdales. La fréquence sur la langue peut dépendre de l'inoculation de bacille de Koch sur les lésions continuellement provoquées par des contusions ou des morsures accidentelles et inaperçues.

Des autres sièges de prédilection seraient le voile du palais et les arcades palatines.

Les ulcérations sont habituellement petites, multiples, parfois superficielles mais plus souvent profondes et à bords irréguliers parce qu'elles proviennent de la destruction de nodules miliaires.

Dans la grande majorité des cas, la tuberculose de la langue est associée à la tuberculose pulmonaire.

Le diagnostic différentiel porte principalement sur les ulcérations syphilitiques, cancéreuses, mécaniques.

Le traitement local par les caustiques, la lumière solaire, la lampe de quartz, donne de bons résultats. BELGODERE.

La réaction de Meinike avec antigène coloré dans la malaria et dans la tuberculose (Considérations cliniques). *Riforma Medica*, 4 mai 1929.

L'auteur fait d'abord une revue de la littérature sur la positivité de la réaction de Bordet-Wassermann et de la réaction de Meinicke dans la malaria (en rapportant les données si contradictoires obtenues par de très nombreux auteurs qui se sont occupés de cette question), en insistant particulièrement sur ce point, que les auteurs les plus récents estiment que la positivité de la réaction de Bordet-Wassermann doit être considérée presque toujours comme l'indice d'une syphilis concomitante, passée inaperçue.

Il a recherché sur environ 100 cas (dans lesquels on pouvait exclure ou admettre la possibilité d'une syphilis concomitante) le comportement de la réaction de Bordet-Wassermann et de la réaction de Meinicke avec antigène, coloré ou non, selon la méthode de Borowskaya (mais en faisant usage d'un extrait privé de cholestérine et d'une moins grande quantité de colorant) parvenant aux résultats suivants :

1° La positivité aspécifique de la réaction de Bordet-Wassermann chez les malariques n'est ni aussi rare, ni aussi faible que l'affirment les plus récents auteurs.

2° La réaction de Meinicke donne des réactions aspécifiques en nombre moindre et avec moindre intensité et très rarement quand la réaction de Bordet-Wassermann est négative.

3° Il n'y a pas de rapport entre la gravité de la forme malarique et la positivité ; celle-ci est présente durant les accès et dans les périodes intercalaires, mais disparaît rapidement (en général 20 jours) après le dernier accès fébrile.

L'auteur estime que la positivité aspécifique des réactions de Wassermann et de Meinicke dépend des modifications humorales particulières qui peuvent apparaître chez certains sujets plus que chez d'autres : en outre donc du facteur morbigène, il existerait un facteur individuel, qui aurait une grande valeur.

Pour ce qui concerne la tuberculose, les opinions des auteurs que C. rapporte d'une manière aussi complète qu'il est possible, sont également discordantes. Dans ses recherches, l'auteur rencontra la réaction de Bordet-Wassermann toujours négative quand il était possible d'exclure une syphilis concomitante ; la réaction de Meinicke colorée ou non fut quelquefois légèrement positive, présentant dans ces cas des oscillations en plus ou en moins selon l'aggravation ou l'amélioration de la forme tuberculeuse.

Partant de ces données, l'auteur se demande si la réaction de Meinicke peut être confiée pour son exécution et son interprétation même au médecin praticien, pour conclure que cela devrait être fait dans l'intention de donner le plus d'extension possible aux moyens de diagnostic

de la syphilis, laquelle selon l'auteur assume une atypicité (particulièrement chez les femmes) qui ne pourra qu'augmenter avec le temps et par suite rendre toujours plus difficile un diagnostic qui ne sera pas confirmé et pour ainsi dire guidé par des examens du sang sur une très large échelle. L'emploi de l'antigène coloré faciliterait la lecture et l'interprétation de la réaction de Meinicke, la portant ainsi à un degré tel de facilité, d'exécution et de lecture qu'elle pourrait être recommandée à tout médecin praticien. BELGODERE.

Le traitement diathermique de l'ulcère variqueux, par M. GARGIULO. *Riforma Medica*, 4 mai 1929

Il s'agit d'une note de caractère provisoire en ce que l'auteur prévient que les cas qu'il a étudiés sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse en tirer des conclusions générales. Il fait usage de séances de 10 à 15 minutes, d'abord quotidiennes, puis hebdomadaires pour une durée d'ensemble de 30 à 50 jours de traitement. Les deux électrodes sont placées l'une sous la plante du pied et l'autre (flexible et modelable parce que en étain) autour de la cuisse : on lance le courant progressivement jusqu'à atteindre la tolérance maxima du patient, c'est-à-dire jusqu'à 800-1.200 milli-ampères.

A la suite de ce traitement, l'ulcération devient dans les 3-5 premiers jours plus sécrétante et avec des manifestations nécrobiotiques plus intenses, puis rapidement tend à la réparation.

BELGODERE.

Il Policlinico (Sezione Pratica) (Rome).

Mon traitement ambulatoire des ulcères variqueux, par DE GÆTANO. *Il Policlinico (Sezione pratica).*

Nous n'insisterons pas beaucoup sur cette méthode à laquelle il a été déjà fait allusion dans une analyse précédente. L'auteur dit avoir obtenu d'excellents résultats dans le traitement des ulcères variqueux en suivant sa méthode qui présente comme caractère particulier la modalité spéciale avec laquelle on tente « de dévier la circulation veineuse et lymphatique de la surface vers la profondeur » en utilisant soit l'action compressive d'un bandage spécial au moyen d'un emplâtre, soit l'amélioration de la circulation qu'offre par le moyen des contractions musculaires, la déambulation. L'auteur ajoute que par cette méthode de traitement, on réussirait même à « éloigner des ulcères les produits cataboliques des éléments cellulaires qui, comme ils ont été la cause de la production de ces ulcères, sont également la cause de leur persistance ».

Le traitement consiste dans deux temps distincts : Premier temps : désinfection de la peau, traitement de l'eczéma concomitant, stimulation du fond de l'ulcération. Pour cela, on dégraisse avec de la benzine rec-

tifiée, on désinfecte avec de l'alcool acidifié et de l'acide acétique, on réactive la zone ulcérée avec des attouchements de nitrate d'argent. Cette première phase doit conduire à l'amélioration des lésions et à la disparition de l'eczéma ; elle doit durer de quelques jours à 10 ou 20 jours.

Deuxième temps : on recouvre d'une mince couche de gaze stérile et on applique un enveloppement compressif, type Bayton, avec des bandelettes de sparadrap circulaires imbriquées l'une sur l'autre en commençant en bas pour remonter jusqu'au genou. L'auteur recommande de ne pas faire usage de sparadrap caoutchouté qui irrite la peau. Par dessus, application d'un bandage de crêpe élastique pour augmenter la compression. Ceci étant fait, le malade doit marcher pour obtenir cette déviation de la circulation veineuse du réseau superficiel vers le réseau profond qui constitue la cause vraie de la guérison.

Belgodere.

Monographia actorum Dermatologicorum (Kyoto).

Sur la lèpre des viscères (Ueber die Viscerale Lepra), par W. Kobayashi. *Monographia actorum Dermatologicorum*, n° 4, Kyoto, octobre 1929, 1 vol. de 205 pages avec 23 figures.

Travail étendu, fait d'après 60 autopsies et une bonne bibliographie. Je me contente d'en résumer les conclusions (Il est écrit en allemand). A l'exception de l'estomac, de l'intestin, de la vésicule biliaire, du cœur, de l'utérus, des trompes, de la prostate et de la vessie, les viscères peuvent offrir des bacilles de la lèpre et des altérations inflammatoires qui en dépendent.

Foie. — Lisse ; très rarement, aspect granuleux. Pas de nodules lépreux. La forme, la consistance, la grosseur restent normales. Dans un petit nombre de cas de lèpre nerveuse, la couleur est normale ; plus souvent elle est brune ou d'un brun jaunâtre. A la coupe, même apparence qu'à la surface. Les lobes normaux dans la lèpre nerveuse sont plus souvent mal distincts. Aucune altération histologique dans la lèpre nerveuse ; habituellement, il existe des altérations inflammatoires ; les cellules hépatiques, rarement saines, sont d'ordinaire troubles et tuméfiées. La dégénérescence graisseuse est habituelle ; la dégénérescence hyaline est rare ; jamais d'amyloïde. Dans la plupart des cas, on trouve des bacilles lépreux plus souvent dans les interstices, mais aussi parfois dans les cellules hépatiques. S'il existe de la tuberculose associée de l'intestin et des poumons, les bacilles tuberculeux, on en retrouve dans le foie.

Rate. — Presque toujours lisse ; cependant quelquefois, comme dans la tuberculose, on y voit des nodules miliaires, ou de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'une lentille. Exceptionnellement, elle est rayée, d'ordinaire d'un gris noirâtre, ou d'un gris sale, cette dernière couleur, surtout s'il existe de la tuberculose associée. Forme normale. De dimen-

sions normales dans la lèpre nerveuse, et est augmentée dans les variétés habituelles, de 3 à 5 fois son volume normal. Consistance augmentée. Exceptionnellement elle est petite et molle. La pulpe et les follicules sont indistincts. Quand il y existe des nodules tuberculeux, on les distingue facilement des nodules lépreux qui sont punctiformes et occupent les follicules avoisinant l'artère centrale. Histologiquement, on trouve d'habitude des infiltrats cellulaires dans la pulpe et les follicules ; jamais de prolifération de la pulpe. Prolifération du tissu réticulaire. Dans la lèpre nerveuse ou maculeuse, peu ou pas de bacilles ; ils sont à peu près constants dans la lèpre tuberculeuse. Les bacilles sont colorés non en rouge clair, mais en rouge foncé ; leur acidophilie est diminuée, et ils sont granuleux.

Reins. — Rien de spécial à l'inspection. Tuberculose très rare. Au microscope, infiltrations cellulaires et prolifération conjonctive. Lésions inflammatoires plus prononcées dans la zone corticale. La capsule de Bowmann est peu épaissie ; le glomérule presque toujours lésé, surtout les cellules endothéliales. Dans un petit nombre de cas, on découvre quelques bacilles dans le glomérule. L'épithélium des canalicules n'est que rarement sain, souvent en dégénérescence graisseuse. Dans de rares cas, on trouve des lésions tuberculeuses avec bacille de Koch dans la zone corticale.

Surrénales. — Généralement peu modifiées, elles présentent exceptionnellement quelques rares bacilles lépreux.

Poumons. — Presque toujours pleurite, mais de nature tuberculeuse, et non lépreuse. Dans le poumon même, les bacilles lépreux manquent s'il s'agit de lèpre nerveuse ou maculeuse ; ils sont rares en cas de lèpre tuberculeuse.

Testicule. — La couleur n'est jamais normale, toujours brune ; la forme est habituellement normale, mais non toujours. Peu ou pas d'altération des canalicules. Histologiquement, ceux-ci apparaissent rarement sains. L'épithélium en est trouble ou dégénéré ; pas de figures spermatiques. Vascularite sanguine. Le siège des bacilles est surtout dans le tissu interstitiel. Le tissu testiculaire est par excellence un foyer de développement pour les bacilles de la lèpre.

Épididyme. — De couleur brune, généralement de forme irrégulière, induré, augmenté de volume. C'est surtout dans le canalicule épididimaire (et non dans les interstices) qu'on découvre des lésions. Vascularite sanguine ; bacilles très riches dans le tissu interstitiel, tout comme dans le testicule. L'association à la tuberculose est exceptionnelle.

Ovaires. — Pas de modifications apparentes. Histologiquement, fréquentes altérations inflammatoires ; le plus souvent, on découvre un petit nombre de bacilles lépreux.

Vésicules séminales. — Pas de lésions ; mais il y a des bacilles dans les cellules des canalicules.

Ganglions lymphatiques. — Peu d'altérations macroscopiques dans les ganglions inguino-cruraux, axillaires, cubitaux ; quelquefois on

y trouve de la tuberculose, ainsi que dans les ganglions bronchiques et mésentériques. A l'examen microscopique, adénite évidente et totale ; c'est surtout dans les follicules qu'on découvre les bacilles, ces derniers exceptionnels en cas de lèpre maculo-nerveuse, mais fréquents dans la lèpre tuberculeuse ; et cela dans tous les ganglions mentionnés plus haut ; ils sont plus nombreux dans les adénites d'origine cutanée, que dans les viscérales. Les associations de tuberculose sont très rares dans les ganglions inguinaux, cruraux et cubitaux.

Nerf cubital. — Lésions constantes dans la lèpre tuberculeuse : névrite diffuse, totale, dégénérescence, etc. Les bacilles se trouvent surtout dans la gaine de Schwann, etc. Quelquefois, il existe des cellules géantes, type Langhans, dans le tissu interstitiel du nerf et elles fourmillent de bacilles. Il arrive souvent que dans les viscères, lésions tuberculeuses et lépreuses se trouvent associées, les tuberculeuses plus circonscrites, les lépreuses plus diffuses. Les deux bacilles ne sont jamais en symbiose ; le bacille tuberculeux déloge le bacille lépreux. Quelquefois, sur une préparation on voit la lésion tuberculeuse attaquer et envahir la lésion lépreuse à laquelle elle va se substituer.

Il n'y a jamais de lèpre de l'intestin. Si l'intestin d'un lépreux présente des nodules, ils sont tuberculeux.

Le lépreux peut facilement se tuberculiser. La virulence du bacille tuberculeux ne s'affaiblit nullement en tissu lépreux.

Ch. Audry.

Przeglad Dermatologiczny (Varsovie).

De la nature du psoriasis, par Samberger. *Przeglad Dermatologiczny*, t. XXIV, 1929, nº 3, p. 283.

En observant de nombreux psoriasiques, S. a été frappé de ce qu'on n'observe jamais chez eux de durillons aux mains, alors même qu'ils exercent une profession manuelle ; il est aussi exceptionnel de rencontrer une gale ou une pyodermite, telle que impétigo, folliculite, acné, chez un psoriasique. S. déduit de ces faits une hypothèse pathogénique : le psoriasis résulte d'un amoindrissement de la force vitale des cellules épidermiques. Destinées à la kératinisation, à la formation du pigment et à la cohésion de la surface, ces cellules, amoindries dans leur vitalité, ne sont plus à la hauteur de leur tâche : la kératinisation est anormale, les troubles de la pigmentation sont fréquents et la cohésion est à ce point insuffisante que les cellules ne peuvent rester accolées ni au-dessus d'un sillon de gale, ni au-dessus d'un épanchement intraépidermique quelconque et ne peuvent former de durillon, étant disloquées par toute pression anormale. La vitalité du derme est diminuée elle aussi : la circulation et les échanges y sont ralentis, les capillaires sont vulnérables, d'où tendance aux érythrodermies.

Cette infériorité biologique du revêtement cutané peut être très marquée et dans ce cas l'éruption psoriasique se fait sans aucune autre cause

occasionnelle ; le moindre facteur nocif surajouté conduit à l'érythrodermie.

Lorsque la vitalité épidermique est moins déficiente, elle suffit à assurer les besoins dans les conditions normales et la peau garde son aspect intact. Mais dès qu'un effort supplémentaire lui est demandé et qu'elle doit résister à des traumatismes ou des infections, son insuffisance vitale apparaît cliniquement et l'éruption psoriasique se forme aux points lésés. En dehors des traumatismes répétés qui expliquent les localisations aux jointures, S. attribue un rôle important à l'infection staphylococcique.

Le traitement doit viser à augmenter la force vitale des cellules : l'arsenic, l'opothérapie, l'héliothérapie et les ultra-violets, la diathermie, les rayons X, l'iode, agissent dans ce sens. Localement, la chrysarobine est le médicament de choix unissant son action spécifique à une action microbicide. S. Fernet.

Existe-t-il des arguments pour rapprocher en un groupe commun les atrophies cutanées et les sclérodermies ? par Ostrowski. *Przeglad Dermatologiczny*, t. XXIV, 1929, n° 3, p. 296.

O. cherche à établir une parenté entre les sclérodermies et les atrophies cutanées en se basant sur de nombreuses observations personnelles et sur l'étude des cas publiés. Au point de vue clinique, il relève l'existence dans les deux affections de symptômes communs : hyperpigmentation ou dépigmentation, atrophie des appareils pilosébacés, association fréquente avec la maladie de Raynaud, l'acrodermatite d'Herxheimer, avec des atrophies musculaires ou osseuses, présence de concrétions calcaires, etc. On connaît aussi des observations de cas mixtes dans lesquels une sclérodermie existait à côté d'une atrophie cutanée. Les étiologies des deux affections se confondent tout à fait. Les examens histologiques confirment la parenté de ces deux affections : la structure observée dans les atrophies cutanées est la même que celle des sclérodermies au début ; les différences ne s'accusent qu'ultérieurement. S. Fernet.

Urticaire solaire, par Goldschlag *Przeglad Dermatologiczny*, t. XXIV, n° 3, 1929, p. 315.

S. a observé une femme de 45 ans qui présentait de l'urticaire après chaque exposition au soleil. L'éruption se produisait aussi bien en hiver qu'en été et même lorsque le soleil pénétrait au travers des vitres. La chaleur du fourneau de cuisine occasionnait du prurit, mais pas d'urticaire. On ne trouvait pas d'hématoporphyrine dans les urines ni dans le sang.

L'étude de ce cas montra que toutes les parties du corps sauf les muqueuses, étaient également sensibles au rayonnement ; la chaleur, le froid, les rayons X, n'occasionnaient pas d'éruption ; la lampe de quartz donnait lieu à une éruption urticarienne faible et retardée. Après une injection intraveineuse de rouge du Congo, les élevures urti-

cariennes ne se coloraient pas en rouge. Parmi les verres colorés, les verres rouges préservaient le mieux la malade, les verres jaunes et verts, la protégeaient moins bien et les verres bleus pas du tout.

De ces expériences, S. conclut que l'urticaire solaire est due à ceux des rayons ultra-violets dont les ondes sont les plus longues et aux rayons de la partie avoisinante du spectre visible (rayons de longueurs d'ondes allant de $\lambda = 313$ à $\lambda = 365$ $\mu\mu$. A ce point de vue l'urticaire solaire, et probablement aussi le *summer prurigo* d'Hutchinson, paraissent se différencier de l'hydroa vacciniforme et du *xeroderma pigmentosum*, résultant d'une sensibilité élective aux rayons ultra-violets.

S. Fernet.

Hémorrhagies consécutives à un traitement bismuthique. L'influence du bismuth sur la coagulabilité sanguine, par Mienicki. *Przeglad Dermatologiczny*, t. XXIV, n° 3, 1929, pp. 322 et 329.

M. cite l'observation d'une femme syphilitique qui, à la suite de trois injections de bismuth, présenta une hémoptysie grave et une stomatite bismuthique ulcéreuse. Cette femme ne présentait aucun signe clinique de tuberculose. L'état du sang était sensiblement normal.

A la suite de ce cas, M. a étudié l'influence du bismuth sur la coagulabilité sanguine. Ses expériences montrent que, chez le lapin, la coagulabilité augmente sous l'influence du bismuth, mais que chez l'homme, après une courte phase d'accroissement, consécutive à la première injection, la coagulabilité diminue dans la majorité des cas.

S. Fernet.

A propos des lésions histologiques de l'érythro-cyanose susmalléolaire, par Grzybowski. *Przeglad Dermatologiczny*, t. XXIV, n° 3, 1929, p. 337.

L'examen histologique d'un certain nombre d'érythrocyanoses susmalléolaires amène G. à nier leur nature tuberculeuse. Les lésions constatées n'ont aucun caractère spécifique : elles résultent d'un état inflammatoire chronique se traduisant, dans le derme, par une dilatation des vaisseaux et une infiltration péri-vasculaire ; les lésions épidermiques sont secondaires, ainsi que celles des couches profondes du derme. Dans les cas plus avancés, on voit les infiltrats s'organiser, prendre même, quelquefois, la structure des sarcoïdes, mais cela s'observe dans bien des états inflammatoires chroniques et n'implique pas nécessairement une étiologie tuberculeuse. Le froid prolongé à lui seul est capable de provoquer ces lésions à la faveur d'un déséquilibre vaso-moteur local.

S. Fernet.

Du métabolisme basal dans le psoriasis et de ses rapports avec les troubles endocriniens, par Grzybowski. *Przeglad Dermatologiczny*, t. XXIV, n° 3, 1929, p. 353.

G. a étudié le métabolisme basal au cours du psoriasis ; il s'est servi de l'appareil de Plankefol, dérivé de celui de Laulanié. Dans la majorité des cas, le métabolisme basal était normal ; lorsque les chiffres obte-

nus s'écartaient des chiffres normaux, ils étaient variables, tantôt augmentés, tantôt diminués. Alors même que le psoriasis était floride, ou en pleine poussée évolutive, ou accompagné d'arthropathies, G. constatait fréquemment un métabolisme basal normal, ce qui lui permet d'établir que ni l'étendue de l'éruption, ni l'acuité d'une poussée ne sont capables, par elles-mêmes, de troubler le métabolisme basal.

Il a constaté de plus qu'alors que, cliniquement, certains signes, tels que l'irrégularité des règles, la canitie précoce, une anomalie du système pileux, l'excès de la transpiration, les troubles pigmentaires, l'atrophie sénile de la peau, font admettre l'existence d'un déséquilibre thyroïdien, le métabolisme basal est souvent normal.

Il n'existe donc pas de base certaine pour affirmer l'existence de rapports entre le psoriasis et les troubles thyroïdiens.

S. Fernet.

Vratchébnoé Délo (Kharkov).

Sur les dermatoses professionnelles dues aux pétroles, par D. D. Chapiro. *Vratchébnoé Délo*, n° 19, 15 octobre 1929, pp. 1232-1235.

L'auteur a observé durant 6 mois des ouvrières qui, toutes les 6 semaines, travaillaient pendant 2 semaines à nettoyer par du pétrole des objets métalliques destinés au nickelage. Les dermatoses dues au pétrole sont polymorphes et rappellent la gale, c'est pourquoi on les appelle « gale de pétrole ». Certaines personnes possèdent une idiosyncrasie au pétrole, d'autres, au contraire, une accoutumance. Les dermatoses se localisent surtout aux parties découvertes, ensuite aux parties revêtues qui sont irrités par le linge et les vêtements imprégnés de pétrole et que l'on change rarement. L'affection commence par une rougeur qui s'étend de plus, tout en s'intensifiant. Ce sont les espaces interdigitoux et les surfaces de flexion qui sont le plus atteints. Au bout de quelques jours, la rougeur se complique de tuméfaction. Sur la peau apparaissent alors des papules, des vésicules, des folliculites, des croûtes. Souvent l'état général s'aggrave et la température monte. Parfois, la maladie s'arrête au stade de rougeur et d'infiltration. Après la guérison des signes aigus, la peau reste sèche, rugueuse et pigmentée. Après quelques semaines de repos et de traitement calmant, la dermatose guérit. A la reprise de travail, les phénomènes recommencent, mais ordinairement moins intenses. L'auteur recommande, à titre prophylactique, de mécaniser le processus de nettoyage des objets à nickeler, de munir les ouvrières de vêtements imperméables, de mettre avant le travail une pommade inerte pour oblitérer les orifices glandulaires, puis des lavages répétés des parties découvertes et des changements fréquents de linge.

Bermann.

Un cas de leucoplasie de l'urètre, par N. A. Smorodintzeff. *Vratchébnoé Délo*, n° 19, 15 octobre 1929, pp. 1242-1244.

S'appuyant sur la revue bibliographique du sujet, l'auteur constate tout d'abord que les cas de leucoplasie urétrale sont très rares. D'où le grand intérêt du cas personnel de l'auteur.

Il s'agit d'un soldat démobilisé, âgé de 25 ans, qui est rentré du Turkestan. Selon ses dires, pas de maladies vénériennes antérieures, ni de tuberculose. Au printemps de 1926, douleurs au bas-ventre, hématurie, pollakiurie, douleurs à la miction, mauvais état général. La maladie allait tantôt en s'améliorant, tantôt en s'aggravant. En 1927, le malade a reçu quelques injections intrafessières et intraveineuses, puis il a subi quelques râclages de l'urètre. Actuellement, il se plaint de douleurs lombaires, surtout à droite et de douleurs le long de l'urètre, avec pollakiurie. L'exploration montre que le passage d'une bougie olivaire n° 25 de la fillière Charrière dans la partie moyenne de la verge et dans la portion bulbaire se fait difficilement, comme sur une partie non huilée. L'urétroscopie montre dans ces portions des taches gris blanchâtre à contour irrégulier, hyperémié. La cystoscopie montre une vessie jaugeant 200 grammes, à muqueuse mate, à réseau vasculaire pauvre, on trouve des taches blanchâtres. Le trigone est œdématié, l'orifice urétral droit est hyperémié. L'urine est trouble, acide, le microscope y montre une riche leucocytose. Divers traitements n'améliorent pas le malade. Revu à plusieurs reprises, il montre le même tableau urétro- et cystoscopique. La dernière fois, on constate une néphrite, surtout à droite, avec albuminurie. Le malade est envoyé à la clinique urologique. BERMANN.

A propos de l'érythème noueux, par E. E. GRANATE. *Vratchébnoé Délo*, n° 20, 31 octobre 1929, pp 1306-1308.

Après des considérations générales sur la nature et l'étiologie de l'érythème noueux, l'auteur constate que cette affection présente encore bien des obscurités.

Son cas personnel a trait à un petit garçon dont la grand'mère et la sœur sont tuberculeuses et la mère de santé faible. Le malade lui-même est pâle, amaigri, dormant et mangeant mal. La radiographie montre une adénopathie hilaire. Pirquet négatif à deux reprises. Une année plus tard, au mois de mars, l'enfant a présenté des nodosités douloureuses aux extrémités supérieures et inférieures avec élévation thermique, le tout a duré un mois. Revu après cette maladie, l'enfant avait des téguments normaux, une infiltration hilaire et un Pirquet positif. En octobre, le malade présente de nouveau une hyperthermie et des nodosités douloureuses aux jambes. L'infiltration du hile a disparu, Pirquet positif. L'enfant a guéri au bout d'un mois. L'auteur conclut à l'érythème noueux survenu à deux reprises avec un intervalle de 6 mois, mais nie un rapport quelconque entre cette affection et l'infection bacillaire du poumon, ces deux maladies ayant une symptomatologie et une évolution toutes différentes l'une de l'autre.

BERMANN.

Contribution à la pathogénie de la maladie de Recklinghausen, par L. J. LOZINSKY. *Vratchébnoë Délo*, nº 22, 30 novembre 1929, pp. 1443-1444.

L'observation personnelle rapportée par l'auteur a trait à un soldat de 23 ans, se plaignant de tumeurs apparues depuis un an à la région du cou et à l'abdomen. Pas de maladie vénérienne antérieure. Le père et un des frères du malade sont morts de tuberculose. Il y a trois ans, le malade s'est endormi à deux reprises pour deux jours et n'a pu être réveillé. Le malade présente une thyroïde hypertrophiée, une acrocyanose, une croissance des cheveux selon le type féminin, une expiration rude aux sommets. Sur le tronc, le cou et les extrémités, existent une quarantaine de tumeurs disséminées, de volume variable, mobiles, légèrement douloureuses ; leur biopsie décèle une structure neuro-fibromateuse. Bordet-Wassermann négatif. Sang et urines, rien de particulier. Vu que le malade présente des troubles endocriniens et un terrain tuberculeux, ainsi qu'un système trophique atteint (encéphalite supposée ?), il est difficile d'appliquer à la pathogénie de son cas une des théories existantes. Il est même possible, que la tuberculose, les troubles endocriniens et des centres trophiques ne soient que des symptômes concomitants de la maladie de Recklinghausen d'autant plus qu'on ne les rencontre pas dans tous les cas. La théorie la plus plausible demeure celle de Feindel qui considère la neuro-fibromatose généralisée comme une maladie de l'ectoderme qui serait atteint dans la vie intra-utérine ; en effet, la peau, le système nerveux et les glandes endocrines sont des dérivés de l'ectoderme.

BERMANN.

Vratchébnaïa Gazéta (Leningrad).

La blennorragie « chronique » ou « focale », par W. A. GORACHE. *Vratchébnaïa Gazéta*, nº 21, 15 novembre 1929, pp. 2561-2567.

S'appuyant sur diverses considérations bibliographiques, l'auteur établit que la notion de la blennorragie chronique est encore trop embrouillée, peu claire et précise, car elle ne montre que l'existence durable du processus, sans indication aucune de son caractère, sa cause, sa localisation. Les nombreuses observations personnelles de l'auteur lui permettent d'arriver aux conclusions que voici : ne peuvent être considérés comme blennorragiques que les cas où l'infection gonococcique est établie bactérioscopiquement, bactériologiquement ou sérologiquement ; les cas où l'on constate une leucocytose et un diplocoque Gram négatif, ne poussant pas sur des milieux ordinaires, avec des régions modifiées endoscopiquement, ces cas sont suspects de blennorragie. L'enregistrement des cas doit se faire conformément à cette notion. Le terme de « chronique » doit être abandonné, la blennorragie devant se subdiviser en : 1° locale (urétrale, rectale, oculaire, buccale, nasale, cutanée) ; 2° focale (urétrale, génitale, totale) ; 3° métastatique (arthrites, endocardites, etc.) et 4° générale (gonococcémie). Les processus post-

gonococciques (urétrites, prostatites, etc.) doivent être mis à part. Le traitement ne doit se faire qu'après avoir éclairci le caractère de la flore et le diagnostic topique. Le traitement doit dépendre du caractère et de la localisation du processus et de l'état de l'organisme. Si l'on trouve que c'est un « foyer » qui entretient l'affection, il faut passer à l'intervention chirurgicale. En dehors des consultations bien outillées des policliniques et dispensaires, il est indispensable de disposer de lits en nombre suffisant dans des hôpitaux pour les malades ayant besoin de soins chirurgicaux, ce qui réalisera des économies considérables sur les frais des visites ambulatoires, congés, etc., et qui contribuera à la prophylaxie efficace antiblennorragique. Le traitement rationnel ne doit agir que sur le foyer gonococcique et ce n'est qu'au cas où le médecin saura le diagnostiquer et le localiser exactement qu'il saura traiter et guérir une blennorragie focale. BERMANN.

Contribution au diagnostic de la septicémie gonococcique, par P. M. ZALKAN. *Vratchébnaïa Gazéta*, n° 21, 15 novembre 1929, pp. 2570-2572.

Après quelques indications bibliographiques, l'auteur décrit un cas personnel. Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans, dont la vie sexuelle a débuté il y a 2 mois. Après les premières règles, elle a remarqué des « pertes blanches » qui ont été diagnostiquées comme blennorragiques et qui ont été traitées au dispensaire vénéréologique durant 2 semaines. La malade entre à la clinique avec une hyperthermie et une tuméfaction du coude gauche, très douloureux surtout à la palpation. Rien de particulier aux organes génitaux externes. Les frottis cervicaux, urétraux et vaginaux, faits à plusieurs reprises ne montrent pas de gonocoques. Au 7e jour du séjour à la clinique, la malade présente un souffle systolique de la pointe du cœur. Les troubles cardiaques progressent rapidement, le cœur est dilaté, on palpe le foie, la rate, la trompe gauche devient sensible. Bordet-Wassermann négatif. L'ensemencement du sang ne décèle pas des gonocoques. La réaction de Bordet-Gengou avec antigène gonococcique est très positive. Le mauvais état de la malade s'aggrave toujours, l'endopéricardite se complique de pneumonie bilatérale et la malade meurt 4 semaines après son entrée à la clinique, 3 semaines après la généralisation de l'infection qui a duré en tout 3 mois. L'autopsie fait voir une endocardite ulcéro-verruqueuse, une péricardite verruqueuse exsudative, une dégénérescence graisseuse du cœur, une atélectasie du poumon gauche, une hyperplasie de la rate, un foie muscade, une endométrite et salpingite purulente. L'auteur conclut que la blennorragie est une affection générale de l'organisme, qu'une complication peut mettre les jours du malade en danger et que la réaction de Bordet-Gengou joue un rôle capital dans le diagnostic des cas gonococciques septicémiques.

BERMANN.

Contribution au traitement des urétrites post-gonococciques par la quinine, par G. A. ZÉGHINIDZÉ. *Vratchébnaïa Gazéta*, n° 21, 15 novembre 1929, pp. 2572-2574.

L'urétrite post-blennorragique, fréquente en général nécessite un long traitement qui est, au surplus, souvent irritant et entretient l'affection ce qui rend les malades neurasthéniques. C'est pourquoi l'auteur a tenté dans ces cas d'appliquer un traitement inoffensif, non irritant. Il s'est servi, de solutions de bichlorhydrate de quinine (préparation la plus facilement soluble) qu'on prépare d'une manière extemporanée avec de l'eau chaude. Le traitement a lieu 2 fois par jour. Le matin, on pratique des instillations, en commençant par 1 o/o et en élevant tous les 2 jours la concentration jusqu'à 5-6 o/o. La solution est gardée dans le canal de 2 à 5 minutes, en prolongeant graduellement. Le soir, on fait des lavages d'après Janet, en commençant par 1 o/oo et en atteignant 1/2 o/o. Sur 41 malades, 34 ont été guéris en 2-4 semaines et 7 en plus de 5 semaines. Pendant plus d'un an d'observation après la guérison, les malades n'ont pas récidivé.

La même méthode a été employée par l'auteur dans 10 cas d'urétrite blennorragique aiguë. L'auteur appliquait d'abord le traitement habituel, jusqu'à la disparition des gonocoques, après quoi il se servait de solutions de quinine. L'urétrite guérissait en moyenne en 15-25 jours, donc beaucoup plus vite qu'avec des méthodes courantes.

BERMANN.

L'éosinophilie dans la blennorragie et sa valeur clinique, par B. B. HEFT. *Vratchébnaïa Gazéta,* n° 21, 15 novembre 1929, pp. 2574-2577.

Après avoir résumé les recherches relatives à l'éosinophilie dans le pus blennorragique, l'auteur rapporte ses résultats personnels sur l'éosinophilie observée parallèlement dans le pus et le sang des malades blennorragiques. Les recherches ont porté sur 125 hommes malades qui se répartissent ainsi : 61 blennorragiques aigus, 16 subaigus, 31 chroniques, 8 post-blennorragiques et 9 non gonococciques. Naturellement, les malades atteints d'asthme bronchique, d'urticaire, d'eczéma, d'helminthiase ont été éliminés. L'éosinophilie du sang comptait à partir de 6 o/o d'éosinophiles dans la formule leucocytaire, la lymphocytose, à partir de 40 o/o de lymphocytes. Durant les 2 premières semaines de l'affection, le pus présente une éosinophilie dans 65,6 o/o ; durant la 3e-6e semaine, dans 62,5 o/o ; dans la blennorragie chronique, 24 o/o. L'éosinophilie n'a jamais été notée dans l'urétrite post-blennorragique et non gonococcique. Le pourcentage des éosinophiles du pus a oscillé entre 0,1 o/o et 0,7 o/o. En analysant le taux des éosinophiles au cours de la blennorragie, l'auteur a constaté, pour la plupart des cas, une proportion inverse entre ce taux d'éosinophiles et le nombre des gonocoques dans le pus : plus il y avait de microbes moins il y avait d'éosinophiles.

En ce qui concerne la lymphocytose, on la trouve dans 13 o/o des cas aigus et chroniques et dans 31,2 o/o des cas subaigus. Quant à l'éosinophilie du pus et du sang des malades, on note un parallélisme complet dans la blennorragie aiguë et subaiguë ; dans les cas chroni-

ques, ce parallélisme est beaucoup plus rare. L'éosinophilie du pus n'a qu'une valeur limitée, mais celle du sang est bien plus importante, car dans la blennorragie chronique on la rencontre dans 70 o/o des cas. Les 47 malades aigus et subaigus examinés au bout de 6-7 semaines de traitement ont présenté une éosinophilie dans 28 cas et son absence dans 19. Sur ces 28 malades avec éosinophilie, 64,3 o/o ont eu des filaments dans les urines, 35 o/o n'en avaient point. Sur les 19 malades sans éosinophilie, 73,7 o/o étaient cliniquement et microscopiquement sains, 26,3 o/o avaient quelques filaments dans les urines. L'éosinophilie du sang montre, par conséquent, que le processus n'est pas encore terminé, tandis que son absence, liée à d'autres symptômes témoigne de la guérison. BERMANN.

Exanthema subitum, par S. S. KANÉVSKAIA et P. M. SOSNOWA. *Vratchébnaïa Gazéta*, n° 22, 30 novembre 1929, pp. 2663-2664.

Les auteurs ont observé, en peu de temps, 4 cas d'exanthème subit chez des enfants de 6 à 12 mois. Les anamnèses font voir que la maladie débute brusquement, la température monte à 39-40°, dure 3-4 jours, puis tombe sans sudation. L'état général reste bon. La chute thermique s'accompagne d'une éruption morbilliforme siégeant principalement au dos, à l'abdomen et aux extrémités inférieures, parfois à la face. Pas de phénomènes catarrhaux, ni d'exanthème. L'éruption dure 1 à 3 jours, disparaît sans laisser de pigmentation, ni desquamation. Guérison complète sans complication. L'examen du sang dénote une leucopénie avec une lymphocytose relative et diminution du chiffre des lymphocytes. On ignore si cette maladie est une entité morbide autonome ou un symptôme de grippe ou de trouble gastro-intestinal. Son agent est inconnu ; la maladie ne se répète pas ; sa contagiosité ou transmission par des tierces personnes n'est pas encore établie.

BERMANN.

A propos de la détermination du degré de l'adaptation sociale chez les paralytiques généraux traités, par R. J. GOLANTE. *Vratchébnaïa Gazéta*, n° 22, 30 novembre 1929, pp. 2665-2669.

La malariathérapie, en rendant à une partie des paralytiques généraux la capacité de travail antérieure ou abaissée, et — à une autre — en prolongeant ou en réglant la vie, contribue à accroître le nombre des malades de cette catégorie, d'autant plus que les cas nouveaux de paralysie générale ne diminue pas encore. Une partie des paralytiques généraux reste aux asiles ou colonies (ceux qui ne sont pas améliorés), une autre retourne au sein de la famille ou même à l'activité antérieure (ceux qui sont plus ou moins améliorés). Les malades améliorés pouvant s'occuper d'un travail quelconque suscitent plusieurs questions importantes : l'adaptation à l'activité, l'internement ou l'assistance, les droits civils et la responsabilité judiciaire. L'auteur analyse en détail toutes ces questions importantes et conclut que les examens faits dans les policliniques ne peuvent donner une réponse définitive, car

souvent un paralytique général fait une très bonne impression, parce que l'observation est trop courte, tandis qu'en réalité, il ne peut retourner à son travail habituel et vice-versa. D'autre part, il est souvent difficile d'apprendre au malade guéri, une autre profession, même plus facile que celle dont il s'occupait avant la maladie. Également, la famille du malade où il revient de la clinique, ne tient pas à le garder et à s'occuper de lui et tâche de le diriger de nouveau vers l'hôpital. Les questions des droits civils et de la responsabilité judiciaire ne peuvent être non plus résolues en policlinique. C'est pourquoi l'auteur croit indispensable l'existence de dispensaires neuro-psychiatriques qui pratiquent l'observation et l'étude du malade guéri. Ces dispensaires doivent être liés avec les bureaux d'expertise médicale, avec les bourses du travail et avec les familles des malades. Connaissant ainsi le malade à fond, ces dispensaires seuls peuvent donner une réponse définitive relative aux questions liées aux paralytiques généraux. Là où ces dispensaires spéciaux font défaut, leurs fonctions peuvent avec succès être remplies par les dispensaires régionaux de la ville, pourvu qu'ils possèdent un bon laboratoire pour l'examen du liquide céphalo-rachidien dont les altérations peuvent montrer, avant les signes cliniques, l'aggravation de l'état des malades qui doivent alors être soumis au traitement répété. BERMANN.

Roussky Vestnik Dermatologuii (Moscou).

Contribution à l'étude de l'épidermophytie, par W. I. TÉRÉCHKOVITCH. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VII, n° 8, octobre 1929, pp. 786-795.

Après une étude générale et détaillée de l'épidermophytie, l'auteur se pose la tâche de déterminer la place exacte occupée par cette affection dans le chapitre des dermatomycoses. L'auteur a observé une épidémie d'épidermophytie parmi 20 hommes malades internés à la clinique psychiatrique et âgés de 20 à 50 ans. Dans 18 cas, la localisation de l'affection se bornait par la face intérieure des cuisses ; dans 3 cas, il y avait, en plus, une localisation aux bourses, et, en 2 cas, aux creux sous-axillaires. La maladie consistait en des taches d'étendue variable, allant d'une pièce de 1 franc en argent jusqu'à une paume d'enfant, à bords irréguliers ; la couleur des taches est rouge-brun, le centre ayant une teinte normale, la périphérie était squameuse. Dans 6 cas, l'auteur a obtenu une culture d'épidermophyton inguinal de Sabouraud, dans 5 cas, l'ensemencement des squames fut négatif à la suite des traitements intenses subis. Dans 9 cas, les malades ont refusé les squames pour l'examen. L'enquête a établi que l'affection se propageait par une baignoire et des filasses communes.

En outre, l'auteur a étudié 2 cas rares d'épidermophytie généralisée chez une jeune femme de 26 ans et un homme de 44 ans. Dans le premier cas, on a trouvé l'épidermophyton niveum, dans le second, un champignon saprophyte appartenant aux fusaires, cas très rare et

démontrant qu'un champignon saprophyte peut provoquer une affection cutanée.

Vu que la dyshidrose est rapportée par un grand nombre d'auteurs aux dermatomycoses du type épidermophytique, l'auteur a fait ses recherches sur 23 cas de dyshidrose, dont 12 hommes et 11 femmes. Dans 16 cas, la maladie a été localisée aux doigts et aux mains, dans 4 cas, aux pieds et dans 3 cas aux mains et aux pieds. Dans aucun cas, l'auteur n'a constaté de croissance des champignons, l'ensemencement ayant fourni des cocci dans 17 cas, du penicillum dans 10 cas, des sarcines dans 6 cas et des levures dans 3 cas. La dyshidrose n'est donc pas une dermatomycose, les cas de dyshidrose où l'on a trouvé des champignons étaient des mycoses ressemblant cliniquement à une dyshidrose.

Grâce à la multiplicité des formes de l'épidermophytie, à sa ressemblance avec le pityriasis rosé, l'eczéma, l'intertrigo, le prurigo, la dyshidrose, le diagnostic de l'épidermophytie est difficile et nécessite des examens mycologiques. En somme l'épidermophytie est une affection indépendante très intéressante et demandant des études ultérieures, surtout de la part des auteurs russes qui la négligent.

BERMANN.

Contribution à la clinique du psoriasis verruqueux et papillomateux, par F. W. HINTZÉ et Y. A. MÉRYNE. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VII, n° 8, octobre 1929, pp. 796-805.

Au cours des deux dernières années, les auteurs ont observé deux cas de psoriasis verruqueux et papillomateux.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 33 ans qui souffre depuis 5 ans de psoriasis grave avec arthropathies. Il y a 2 ans, les deux tiers inférieurs des extrémités inférieures se couvrent d'excroissances papillomateuses. Durant les 5 mois du séjour du malade à la clinique, les auteurs ont observé la production d'excroissances verruqueuses aux genoux et aux coudes, ainsi que des placards exsudatifs étendus aux extrémités supérieures et inférieures, à côté d'efflorescences psoriasiques vulgaires. Le traitement général et local guérit le psoriasis, tout en laissant quelques foyers de productions papillomateuses et verruqueuses, avec infiltration et rougeur des régions isolées. Les arthropathies se sont améliorées en même temps.

Le second cas concerne un jeune homme de 23 ans atteint de psoriasis rebelle depuis 4 ans et possédant un bon état général. Après le traitement radiothérapique et interne (pilules asiatiques), le malade s'améliore, mais à la jambe gauche apparaissent, à la place des plaques psoriasiques, des excroissances verruqueuses. La suppression du traitement arsenical fait cesser ces productions verruqueuses.

La biopsie des deux cas montre une forte para- et hyperkératose, une acanthose et une papillomatose.

Se basant sur les données bibliographiques et personnelles, l'auteur

conclut : Le psoriasis verruqueux est une variété rare de psoriasis et se caractérise par des symptômes graves de la maladie. Analogiquement aux formes verruqueuses d'autres dermatoses, les plaques verruqueuses se localisent de préférence aux membres inférieurs et supérieurs. La cause de la transformation des placards psoriasiques en formations verruqueuses reste encore inconnue et s'explique par des syndromes variant individuellement dans chaque cas isolé. La valeur de chaque signe de ce syndrome ne peut encore être étudiée et déterminée par les méthodes actuelles d'exploration, mais ils créent des conditions favorables au développement des excroissances et des végétations papillomateuses. Vu la possibilité de la transformation des productions verruqueuses en des tumeurs cancéreuses, le pronostic demeure sérieux. BERMANN.

Sur la fréquence des taches mongoliques parmi certaines populations de l'Asie Moyenne, par A. S. SELMANOVITCH et A. A. AKOVBIAN. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VII, n° 8, octobre 1929, pp. 806-814.

Après une étude générale des taches mongoliques, les auteurs rapportent leurs observations personnelles faites sur des enfants jusqu'à 5 ans appartenant aux principales nationalités de l'Asie moyenne. Sur 1.587 Ouzleeks, les taches bleues se rencontrent dans 35,7 o/o, sur 260 Tadjiks, 25,3 o/o, sur 269 Turkmènes, 19,7 o/o, sur 193 Juifs indigènes, 26,4 o/o. Les 197 Juifs russes n'ont pas présenté un seul cas de taches mongoliques, ce qui s'explique par la diversité des types de la race juive. Les Juifs indigènes de l'Asie Moyenne appartiennent au type arabe ou oriental, tandis que les Juifs russes sont du type allemand ou occidental. Sur 2.671 enfants russes, les taches se rencontrèrent dans 2 cas seulement (0,07 o/o). Quant à d'autres populations, les auteurs ont trouvé des taches mongoliques chez : les Cosaques, 38 o/o, les Tartares, 22 o/o, les Kirghizes, 22 o/o, les Arabes, 20 o/o, les Persans, 20 o/o, les Arméniens, 6 o/o. Les auteurs concluent que les taches mongoliques ne sont pas une particularité spécifique de la race mongole, car on les trouve également chez d'autres races. Vu que les nationalités observées font partie des nationalités à type de coloration brune, ayant beaucoup de pigment cutané, il est fort possible que les taches soient d'origine autochtone, indépendantes de la mongolisation. La localisation la plus fréquente s'observe au sacrum, 42,4 o/o, puis viennent celles du coccyx, 20 o/o, des fesses, 11,7 o/o, du dos, 2,5 o/o, ailleurs, 5,6 o/o. En outre, on constate des cas de localisation simultanée à plusieurs régions à la fois, cas qui comprennent le reste du pourcentage. BERMANN.

Le traitement de l'hyperhydrose par les rayons X, par G. K. SOUKHARIAN. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VII, n° 8, octobre 1929, pp. 815-819.

Après avoir cité des données bibliographiques, l'auteur rapporte ses résultats personnels relatifs à 25 hommes et 12 femmes. Quant aux régions atteintes d'hyperhydrose, il y en avait 45, notamment 20 plantes

des pieds, 17 paumes des mains et 8 creux axillaires. L'affection datait de 6 mois à 16 ans. La plupart des malades sont des ouvriers et des employés et leur traitement fut en grande partie ambulatoire. L'éclairage se faisait à travers un filtre d'aluminium de 1 à 3 millimètres d'épaisseur, à la dose de 54, les séances se pratiquaient toutes les 3-4 semaines. La guérison a été constatée dans 20 cas, 13 sujets se sont améliorés et continuent le traitement, 12 malades ont interrompu le traitement. La guérison nécessite habituellement 3-4 séances.

L'auteur a fait des recherches expérimentales sur les modifications des glandes sudoripares sous l'influence des rayons X. L'étude a porté sur les pattes du chat qui possèdent des glandes analogues à celles de l'homme. Les coupes histologiques démontrent que les glandes sudoripares sont détruites par les rayons X auxquels elles sont très sensibles. Ces altérations histologiques et cliniques des glandes sont durables et s'expriment par les stades suivants : au début, polymorphisme des cellules, la colorabilité inégale des noyaux, la dilatation des vaisseaux glandulaires, puis la vacuolisation des cellules, l'infiltration périglandulaire, ensuite la mort des cellules (régions de nécrose), les vaisseaux étant de plus en plus dilatés, finalement atrophie des glandes sudoripares. BERMANN.

La diathermie chirurgicale comme méthode de traitement de certaines maladies cutanées, par A. G. LANOVSKY. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VII, n° 8, octobre 1929, pp. 820-831.

L'auteur s'est servi, durant 5 ans, de la diathermie chirurgicale (électro-coagulation) pour le traitement de 453 cas de dermatoses variées.

L'étude détaillée du matériel de l'auteur, ainsi que des données bibliographiques, permet de tirer les conclusions suivantes : la diathermie chirurgicale de la leishmaniose cutanée, en cas d'indications déterminées, donne des effets thérapeutiques rapides et avec des résultats cosmétiques satisfaisants. Les indications de ce mode de traitement sont les formes nodulaires, ecthymateuses et les ulcères déchiquetés, avec infiltrats limités. Les cancers cutanés au stade non avancé trouvent dans la diathermie chirurgicale une méthode de traitement rationnelle, stérile, non sanglante et prévenant les métastases, grâce à la coagulation des vaisseaux. Dans le cas de leucoplasies, la diathermie est indiquée à titre prophylactique, à cause de la dégénérescence cancéreuse possible. Le lupus vulgaire, sous les formes maculeuse, verruqueuse et hypertrophique retire un grand bénéfice de l'électro-coagulation. L'hyperthrichose et le tatouage ne doivent pas être soumis à la diathermie chirurgicale à cause des mauvais effets cosmétiques. Les ulcères dus aux rayons X s'améliorent et guérissent par la diathermie chirurgicale. Les condylomes acuminés, les télangiectasies, les tumeurs vasculaires (angiomes) sont également bien guéris par cette méthode de traitement. BERMANN.

Un cas d'acrodermatite atrophiante progressive idiopathique, par W. J. Anfimoff et M. S. Mironenko. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VII, nº 8, octobre 1929, pp. 832-835.

La malade des auteurs est une jeune femme de 32 ans, mariée, originaire d'une famille saine et dont les parents sont vivants et bien protants. Elle est née et a vécu à Elisabétopol (actuellement Gandja) dans le Caucase méridional. Depuis l'âge de 8 ans, la malade souffre de paludisme dont les accès la tourmentent plus ou moins fréquemment. Il y a 10 ans, au moment d'un accès paludéen, la malade a aperçu, sur le dos du pied, une tache rouge allongée qui a duré une année. Une tache pareille s'est formée alors à l'articulation tibio-tarsienne droite. La peau de ces régions s'amincit, laissant voir par transparence les vaisseaux sanguins, le processus s'étend en haut, le long des membres inférieurs. En 8 ans, il atteint les genoux. Actuellement le processus a monté jusqu'aux fesses environ, s'accompagnant de douleurs articulaires, qui s'aggravent après la marche. En outre, dyspnée, tachycardie, céphalées. Tous les traitements échouent. La face de la malade est œdémateuse et pâle, les conjonctives sont jaunâtres. Les organes internes ne présentent pas d'anomalies importantes. La peau de la malade aux régions mentionnées est érythémateuse, infiltrée, amincie, ridée, les vaisseaux dilatés se voient à travers l'épiderme transparent, les cheveux sont rares. Les limites des altérations cutanées sont nettes. Les auteurs concluent à une acrodermatite atrophiante progressive idiopathique et prêtent au paludisme un rôle étiologique, par les troubles qu'il a provoqués dans l'appareil endocrino-végétatif, quant à la pathogénie.

Bermann.

Un cas de trichophytie superficielle du cuir chevelu et de trichophytide de la peau glabre chez une femme adulte, par F. S Malycheff. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VII, nº 8, octobre 1929, pp. 836-838.

Après quelques notes bibliographiques, l'auteur passe à la description d'un cas personnel.

La malade est une paysanne de 38 ans, sans antécédents morbides héréditaires ni personnels. Sa maladie date de 2 ans et a débuté par une alopécie de la nuque, ronde, puis la malade a remarqué des taches rouges aux genoux et au coude gauche. Ensuite, les ongles des doigts sont devenus cassants et épaissis. Ses deux fillettes de 8 et 10 ans sont tombées malades après elle et ont des plaques alopéciques au cuir chevelu. La malade présente actuellement une plaque d'alopécie au cuir chevelu avec des cheveux cassés et une rougeur desquamante de la peau. Les extrémités inférieures (genoux, jambes) et les faces d'extension des mains présentent des taches symétriques rondes, à bords festonnés et desquamants. Leur fond violacé est couvert de nodules mous et ronds. Les cheveux renferment le *trichophyton endotrix*, les cultures, le *trichophyton violaceum*. Les squames de la peau glabre ne contiennent pas de champignon. Pirquet et Bordet-Wassermann négatifs.

Bermann.

Ceska Dermatologie (Prague).

Sérologie et immunobiologie du lupus érythémateux, la question de son étiologie, par K. Prochazka. *Ceska Dermatologie*, 10e année, n° 7, pp. 162-173 ; n° 8, pp. 193-199. Résumé en français, pp. 199-200, septembre-octobre 1929.

L'auteur a examiné 82 cas de lupus érythémateux, dont 6 cas de lupus érythémateux aigu. Il a fait des constatations bien intéressantes au point de vue de la théorie de Barber (streptococcique) et des observations sur les relations avec la syphilis et la tuberculose.

Il a observé chez 31 malades, 86,5 o/o de réactions locales et 67,5 o/o de réactions focales après des injections intracutanées de vaccin streptococcique. Sur 31 cas, 8 ont été guéris et 12 améliorés par ces mêmes injections. La plupart des malades guéris de cette façon appartenaient au type du lupus érythémateux fixe peu élevé avec un érythème vif. La présence ou l'absence d'une tuberculose pulmonaire chez ces malades n'exerçait aucune influence sur la marche de la guérison. L'auteur considère donc une partie des cas comme d'origine streptococcique.

Les sérums du lupus érythémateux chronique présentent dans 49,3 o/o sur 73 cas, une capacité anticomplémentaire augmentée. Sur 6 cas aigus, l'auteur a pu observer le même fait dans 83,3 o/o. C'est là où on doit chercher la cause des séro-réactions positives non spécifiques, décrites souvent dans le lupus érythémateux (réaction de Wassermann positive). La proportion de séro-réactions positives non spécifiques est la même dans l'érythème exsudatif polymorphe ; dans les lymphomes cervicaux tuberculeux, 33,3 o/o et dans les bubons, 24 o/o. L'auteur pense donc que la cause de l'augmentation de la capacité anticomplémentaire réside dans l'état pathologique des ganglions lymphatiques.

Au surplus, les cas de lupus érythémateux avec augmentation de la capacité anticomplémentaire présentaient un gonflement des ganglions plus souvent que les cas n'offrant pas de modifications sérologiques.

Il en résulte que tous les trois organismes, auxquels on a attribué un rôle étiologique dans le lupus érythémateux, peuvent produire les modifications dans les ganglions : il va sans dire que le bacille de Koch est la cause la plus fréquente. Mais c'est peut-être un autre microbe également, surtout le streptocoque, dont les toxines affaiblissent en même temps la circulation sanguine périphérique. Les dispositions de race, la répartition des maladies infectieuses peuvent donc jouer un rôle dans l'étiologie différente du lupus érythémateux.

Karel Gawalowski.

Contribution à la pharmacologie de cobalt, par J. Vignati. *Ceska Dermatologie*, 10e année, n° 7, septembre 1929, pp. 173-174.

L'auteur a essayé de traiter des cancers inopérables par les sels de cobalt, se basant sur le fait que le cobalt est accumulé par les cellules néoplasiques (Neuberg). Les lapins ont bien supporté des doses de

o gr. o3 de $CoSO^4$ en combinaison avec o gr. 6 de thiosulfate de soude. Mais, chez l'homme, la dose de o gr. o1 de sulfate de cobalt avec 2 grammes de thiosulfate de soude a provoqué un syndrome angionévrotique grave, quelques secondes après l'injection intraveineuse. Même après une dose de o,oo5 de sulfate de cobalt, il se montra une dilatation de tous les capillaires du tronc, du cou et de la tête. La rougeur de la peau, ainsi que la tachycardie et la dépression psychique duraient une heure environ. L'action détoxiquante du thiosulfate de soude, bien évidente en combinaison avec d'autres métaux lourds, n'empêche donc pas l'action typique du cobalt, décrite de manière analogue par Goff l'année dernière. KAREL GAWALOWSKI.

Contribution à la thérapeutique des dermatoses angionévrotiques par l'ichtoxyl, par K. H. KOVANIC. *Ceska Dermatologie,* 10e année, n° 8, octobre 1929, pp. 185-192.

Une épileptique, âgée de 21 ans, a tenté de se suicider avec 3 grammes de Luminal. Elle dormit 4 jours ; 8 jours après elle était guérie. Quelque deux jours après, elle avait des douleurs vives dans la région lombaire, 2 jours plus tard quelques ulcérations gangréneuses se développaient sur la peau de ladite région et dans la région trochantérienne droite.

L'auteur appliquait sur quelques plaies de la pâte d'ichtyol (poudre d'ichtyol mélangée avec de l'eau), sur d'autres celle d'ichtoxyl (préparation d'ichtyol oxydée d'après Samberger). L'ichtoxyl montrait une action plus énergique. Les plaies traitées par l'ichtoxyl commençaient à guérir en 12 jours, tandis que celles traitées par l'ichtyol ne montraient de granulations qu'après 19 jours. L'auteur suppose une dysfonction des vaso-moteurs comme cause de la gangrène, et explique l'action de l'ichtoxyl par son pouvoir capillarotonique, prouvé déjà dans les cas d'érisypèle, dans la nécrose causée par l'arsénobenzène, le zona, etc. KAREL GAWALOWSKI.

Un cas d'altération de la circulation sanguine périphérique, par El. POHORECKA. *Ceska Dermatologie,* 10e année, n° 8, octobre 1929, pp. 201-203.

Une dame de 30 ans, toujours en bonne santé, commençait à maigrir, perdait l'appétit ; les mains, et, quelques mois après, les pieds, devenaient anémiques, froids. Grands maux à la tête, affaiblissement général et des convulsions ou des douleurs aiguës aux doigts (par crises) accompagnaient cet état. Finalement, la peau dans le voisinage direct des ongles montrait des changements décrits quelquefois comme gangrène blanche. Ce processus occupait 2-3 doigts simultanément, une fois symétriquement, une autre fois asymétriquement. Les ongles poussaient grossis, à surface ondulée, par endroit noircis, parfois avec des taches blanches.

Comme on supposait une maladie d'origine angionévrotique, proche dans une certaine mesure de la maladie de Raynaud, on y a appliqué des nervotoniques avec opothérapie combinée. Les bains chauds

d'ichtoxyl (ichtoxyl-poudre, deux cuillerées pour un litre d'eau), une demi-heure par jour complétaient le traitement. Après le troisième bain, les enflures des doigts et des mains avaient déjà disparu, la couleur rougeâtre et violette de la peau changeait et devenait normale. Après quelque temps, la malade guérit.

KAREL GAWALOWSKI.

Syndrome angionévrotique après l'application des arsénobenzènes. Méthodes qui rendent les arsénobenzènes plus supportables Le thiosulfate de soude, par K. HUBSCHMANN. *Ceska Dermatologie*, 10e année, n° 8, pp. 204-209, octobre 1929.

L'auteur a pu montrer que le lapin supporte dans un mélange de Néo-$Na^2S^2O^3$ une dose beaucoup plus élevée de néosalvarsan que la dose toxique et même mortelle, constatée par divers auteurs. Appliquée avant la dose toxique de néosalvarsan, l'injection de thiosulfate de natrium ne pouvait pas sauver le lapin. Dans les expériences sur l'homme, H. a constaté que le mélange est toujours supporté sans inconvénient, sans le moindre symptôme d'intolérance. Les manifestations syphilitiques secondaires disparaissaient avec la même rapidité qu'après le néosalvarsan pur. On peut espérer que les sujets qui montrent de l'intolérance pour les solutions aqueuses de Néo, supporteront bien le mélange de Néo et de thiosulfate de soude.

KAREL GAWALOWSKI.

Quelques cas rares d'hérédo-syphilis, par R. SCHWANK. *Ceska Dermatologie*, 10e année, n° 9, novembre 1929, pp. 217-229.

Mémoire sur quelques cas de syphilis héréditaire :

1° Un cas typique de triade de Hutchinson : dents, kératite profonde, labyrinthite, Bordet-Wassermann positif. Dans le liquide céphalo-rachidien : Pandy positif, la réaction d'or colloïdal montre une courbe syphilitique, les autres réactions négatives. Cette femme de 25 ans a eu deux fausses couches et deux enfants sains, dont un est mort d'une pneumonie.

2° Chez une fille de 17 ans, dont l'anamnèse familiale est typique, l'éminence mamillaire de la face interne des premières molaires supérieures (Sabouraud) et la réaction de Bordet-Wassermann positive sont les seuls symptômes de la syphilis.

3° Chez une autre fille de 17 ans, le seul symptôme est une malformation de toutes les quatre premières molaires décrites par Pflüger et Nonne sous le nom de « Knospenform ». D'après la description de Schwank, il me semble que cette Knospenform n'est rien d'autre que « l'atrophie cuspidienne de la première grosse molaire » décrite par Fournier et l' « hypoplasie des molaires », décrite par Zinsser. Le père souffre d'une ostéocoxite destructive syphilitique.

4° Le frère de cette fille montre une dystrophie décrite par Bois sous le nom « d'auriculaire infantile », la réaction de Wassermann est positive, ainsi que toutes les réactions du liquide céphalo-rachidien. A

côté de cicatrices des jambes (gommes, il y a dix ans), il y avait quelques condylomes périanals contenant des tréponèmes.

5° Un cas de dystrophie endocrinienne sur fond d'hérédo-syphilis, prouvé par des gommes ulcérées de l'extrémité du membre inférieur droit. Cet homme de 22 ans, d'un type acromégalique, montre l'hypoplasie des organes génitaux, l'hypotrichose de la barbe, signe des sourcils. La vie intellectuelle et sexuelle sont très défectueuses. Toutes les séro-réactions, même dans le liquide céphalo-rachidien, sont négatives.

KAREL GAWALOWSKI.

LIVRES NOUVEAUX

La lèpre ; enquête faite dans quarante pays de 1924 à 1927 (Leprosy ; survey made in fourty countries), par de Souza-Araujo. Un vol. in-8 de 388 pages avec 184 fig. Édité en anglais et en portugais par l'Institut Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1929.

Chargé par l'Institut Oswaldo Cruz, la Fondation Rockefeller et le Bureau International de l'Hygiène de faire, sous leurs auspices, une enquête mondiale sur la lèpre, Araujo a accompli en 3 ans un voyage autour du monde et a inspecté successivement tous les pays à lèpre : États-Unis et leurs colonies du Pacifique, Canada, Japon, Iles Malaises, Chine, Indes et d'autres pays à lèpre de l'Asie, de l'Afrique du Nord et de l'Europe.

Son livre est l'exposé des étapes successives de ce voyage au cours duquel il a recueilli une multitude de documents précieux. Dans chacun des pays visités, A. a étudié l'historique de la lèpre, les données statistiques suivant les âges, les problèmes sociaux et la législation en rapport avec la lèpre ; il s'est attaché surtout à l'étude de la lèpre au point de vue de sa pathologie, des recherches scientifiques qui lui sont consacrées, de l'organisation de la lutte prophylactique et des traitements.

Un chapitre du plus haut intérêt est consacré aux léproseries des îles Philippines : l'hôpital Saint-Lazare à Manille et la Colonie de Culion, les plus grandes et les meilleures léproseries du monde et les plus sérieux centres d'étude et de prophyaxie, abritant 5 à 6.000 lépreux. Grâce à l'activité et au dévouement du personnel médical, aux laboratoires de recherches, au dépistage des cas curables, aux traitements sélectionnés, de nombreuses guérisons y sont réalisées chez des lépreux jeunes qui, après une surveillance médicale obligatoire de quelques années, sont souvent rendus à la vie commune.

Les Philippines, les États-Unis, le Japon, les îles Hawaï, sont les seules où l'on travaille avec l'ardeur qu'exige l'importance du problème. A. constate qu'actuellement les médecins sincèrement dévoués à la cause sont peu nombreux ; malgré la constante augmentation de la lèpre, les pouvoirs publics restent indifférents et la plupart des pays ne possèdent pas de service officiel de prophylaxie antilépreuse, alors que cette maladie constitue encore un grave problème sanitaire mondial. Les efforts sont généralement dispersés et une coopération internationale est nécessaire pour stimuler les Gouvernements.

Les trois Conférences internationales de la lèpre qui ont eu lieu de 1897 à 1923 ont émis des vœux qui n'ont pas été réalisés par les Gouvernements. Pour stimuler ceux-ci à réaliser la lutte méthodique contre la lèpre, il est nécessaire de créer une *Société Internationale de Léprologie* qui aura pour but : de susciter le rapprochement mutuel et la collaboration des léprologues de toutes les nationalités, d'organiser un plan général de prophylaxie, de créer des centres d'études et de recherches dans les pays où la lèpre est endémique, d'organiser des Conseils techniques régionaux pour stimuler, orienter et aider les Gouvernements, de reprendre la publication du périodique *Lepra* qui sera le bulletin officiel de la Société. Celle-ci sera composée de deux Comités directeurs : le Comité directeur de l'Orient qui aura son siège au Bureau des Sciences de Manille où paraîtra aussi le journal *Lepra*, le Comité directeur de l'Occident, qui aura son siège à Paris.

Le livre de Araujo est un vibrant appel à la coopération à cette œuvre.

S. Fernet.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR UNE FORME PARTICULIÈRE DE LUPUS ÉRYTHÉMATEUX DU CUIR CHEVELU

Par R. SABOURAUD.

Je voudrais attirer l'attention sur une forme rare de lupus érythémateux du cuir chevelu; il y en a d'autres et qui mériteraient pareillement d'être étudiées, mais celle-ci est peut-être la plus spéciale. Il se peut que d'autres auteurs l'aient signalée déjà mais je n'en connais pas de description.

La première fois que j'ai rencontré cette forme morbide, c'était chez une femme de cinquante ans, venue me voir parce que « ses cheveux tombaient ». Cependant toute la tête était saine, les cheveux résistaient partout à la traction, et je ne concevais pas les craintes de ma patiente, lorsque, en examinant le cuir chevelu région par région, je remarquai sur la tempe gauche des lésions assez singulières.

D'abord, en des points multiples, mais très localisés, il manquait vraiment un assez grand nombre de cheveux; ici, dix; là, cinq ou six, ailleurs vingt. En tout, on pouvait trouver une dizaine de plaques alopéciques toutes petites, irrégulières de formes et de dimensions, et d'emblée on pouvait remarquer que la peau en ces points n'était pas normale.

Les orifices folliculaires où le cheveu manquait étaient considérablement dilatés, et encloués par un cône corné, dur au toucher, et que le grattage ne parvenait pas à détacher. Ces cônes cornés, d'un jaune paille, avaient bien 2 millimètres de diamètre à l'orifice, leur surface irrégulière donnait au doigt une sensation raboteuse. Si l'on voulait extraire un de ces cônes cornés hors de l'orifice folliculaire où il se trouvait enchâssé, on n'y parvenait qu'à grand'peine; je ne pus en extraire quelques-uns qu'en m'aidant d'une petite curette. Le cône corné ainsi obtenu avait tantôt 3 millimètres de longueur,

tantôt 2 seulement, et ne se trouvait donc pas plus long que large. Tous donnaient au doigt la même sensation d'une matière cornée excessivement dure. Immergés dans une solution de potasse à 30 o/o, ils se gonflaient, et, après deux heures d'immersion, en s'aidant de deux aiguilles à dissociation on pouvait se rendre compte qu'ils étaient faits de plusieurs lames cornées emboîtées l'une dans l'autre.

Ce qu'il y avait de particulier dans ces lésions du cuir chevelu, hormis leur aspect, c'était leur dissémination. Entre les cheveux sains de la tête, on trouvait ici ou là, trois à dix cheveux manquants, et, à leur place, autant de cônes cornés semblables, incrustés dans l'orifice pilaire. L'ensemble de ces lésions, sans la moindre rougeur, sans squames, sans rien d'autre, occupait au total une surface de la dimension de la paume d'une main d'enfant, sur la tempe gauche, en plein cuir chevelu. Et un examen attentif m'en montra d'autres semblables, encore plus rares et disséminés, en arrière de l'oreille droite, au niveau de la région sus-mastoïdienne. L'ensemble n'était pas sans ressemblance avec certaines teignes tondantes à cheveux cassés dans la peau et qui sont dues à l'*Endothrix acuminatum*.

Pas de symptômes fonctionnels, sinon un léger prurit ; je notai cependant à la percussion et au grattage, une légère sensibilité des points malades qui évoquait aussitôt l'idée du lupus érythémateux (signe de Besnier). Cependant, nulle rougeur et nulle cicatrice. Il se pouvait même que la percussion ne fut douloureuse qu'en raison des kératomes inclus dans la peau que l'on percutait.

La malade était grande et forte, un peu grasse, mais extrêmement active et vigoureuse. C'était une femme d'affaires, s'étant fait elle-même une situation importante. En toute sa vie, aucun antécédent qui put appuyer l'idée d'un lupus érythémateux ; pas de ganglions, aucune histoire pulmonaire ancienne ou récente.

Cependant mon diagnostic était ramené à l'idée d'un lupus érythémateux, surtout par l'impossibilité d'émettre aucun autre diagnostic qui fut vraisemblable; et l'analogie de structure des cônes cornés extraits de la peau avec ceux du *Pityriasis rubra* était évidente.

On pense bien que j'en avais cherché d'analogues partout ailleurs, sur le décolleté, au dos des doigts, etc... sans en rencontrer un seul; il n'y avait bien que les seules lésions plus haut décrites.

Je les traitai alors par la neige carbonique appliquée durement,

pendant douze secondes, mais il fallut arriver à des applications de quinze et vingt secondes; il resta sur place de petites cicatrices lisses où se voyaient encore les dépressions qui avaient contenu les cônes cornés.

Cette observation datait de la fin de la guerre et j'avais perdu la malade de vue quand elle me revint trois ans plus tard avec un placard semblable sur la région pariétale droite. Mais ici les cônes cornés ne laissaient presque pas d'intervalle entre eux et dessinaient au total une plaque ovale de 3 ou 4 centimètres, cernée d'un cerne rose couvert de squames adhérentes, suivant le type bien connu de l'herpès crétacé de Devergie. Ici, en dépit des cônes cornés, identiques à ceux que j'avais vus jadis, le diagnostic ne pouvait plus faire de doute, il s'agissait bien d'un cas de lupus érythémateux. Des applications sévères de neige carbonique en eurent raison en quelques mois. Depuis sa deuxième guérison je n'ai pas revu la malade.

La dilatation des pores sébacés n'est pas exceptionnelle dans le lupus érythémateux fixe du visage; on se rappelle que Cazenave l'avait nommé « acné congestive » et le mot d'acné était improprement appliqué là à des cônes cornés que Cazenave assimilait à tort à des comédons. Il n'est pas très rare d'en voir d'analogues dans des cas de lupus érythémateux de type banal. Inutile d'ailleurs de souligner l'erreur de Cazenave; il n'y a qu'une grossière ressemblance de siège et de forme, d'une part entre ces cônes cornés durs, résistants, et d'extraction difficile... et les filaments gras qu'on extrait par pression des peaux séborrhéiques.

Dans ces cas, la parenté de ces cônes cornés est bien plus évidente avec ceux qui donnent à la peau des *Pityriasis rubra* son aspect échinulé si caractéristique.

Le cas que je viens de rappeler n'est donc pas sans homologies. J'ai seulement voulu souligner le fait que le lupus érythémateux, au cuir chevelu, peut revêtir cette forme exclusive, sans cicatrice, sans zone périphérique rouge, avec une alopécie en très petites aires, limitée aux seuls orifices pilaires occupés par un cône corné.

C'est là un fait clinique utile à mentionner, d'une part en raison de sa rareté qui peut faire suspendre un diagnostic incertain, ensuite à cause des points de ressemblance avec la lésion élémentaire du *Pityriasis rubra*, alors que la parenté foncière de ces deux dermatoses ne fait plus guère de doute pour personne.

UN CAS D'ERYTHEMA EXSUDATIVUM ATYPICUM

Par Fr. KOGOJ.
Travail de la clinique dermato-vénéréologique universitaire, Zagreb, Yougoslavie
(Directeur : professeur Fr. Kogoj).

L. K..., garçon coiffeur, âgé de 32 ans, marié, est admis à la clinique le 20 décembre 1928.

Anamnèse. — Anamnèse héréditaire sans importance. Parmi les maladies antérieures, il y aurait à mentionner qu'en 1914 une anthrotomie latérale fut exécutée du côté droit. L'affection actuelle dure depuis 16 mois. Des taches rouges, protubérantes, se montrèrent d'abord au cou, ensuite aux mains, et plus tard aussi au visage, une fois également au tronc. Dans un hôpital il a reçu dix séances d'autohémothérapie. Les taches apparaissent toujours par poussées. Une fois une vésicule est apparue au dos de la main. Les différentes taches peuvent persister pendant des mois ou bien disparaître après un temps très court. L'affection, surtout les jeunes efflorescences, cause parfois des démangeaisons.

Etat actuel. — Le malade est petit, vigoureux, bien nourri. Examen interne : limites du cœur normales, bruit systolique ; le second ton aortique et le ton pulmonaire sont dédoublés. Le reste de l'examen médical n'offre rien de particulier, non plus que l'urine.

L'injection intradermique de tuberculine 0 cm. 1, 1 : 10.000 a été négative. Diagnostic neurologique : rien de particulier. L'analyse différentielle de la formule leucocytaire a donné :

	le 23 décembre	le 2 janvier	le 9 janvier
Basophiles	1,0 0/0	0,0 0/0	0,0 0/0
Eosinophiles	3,5 »	2,0 »	1,0 »
Métamélocytes	0,5 »	0,0 »	0,0 »
Polynucléaires	51,0 »	53,5 »	54,5 »
Petits lymphocytes	36,5 »	39,0 »	43,5 »
Grands mononucléaires et cellules de transition	7,5 »	5,5 »	1,0 »

Quoad luem, on n'a pu avoir d'indications. Les Bordet-Wassermann-réaction, Sachs-Georgi-réaction, M. T. R. ont été négatives, de même que la réaction à la luétine.

Le patient a quelques dents cariées. La radiographie des dents était la suivante à la date du 5 janvier : en bas et à gauche, un reste de racine à la place de la première molaire, de même en haut et à gauche, à la place de la canine. Les deux restes de racines ont été extraits, les dents malades ont été plombées, et, cela soit dit par anticipation, sans que l'affection existante en ait aucunement été influencée.

L'examen oto-rhino-laryngoscopique a donné : *status post anthrotomiam lat. dextr.* (granulations dans l'*aticus*, absence totale du tympan). Pour le reste, rien de particulier.

État de la peau. — Sur la peau de la nuque, à la limite des cheveux, à droite à la région rétro-auriculaire, à gauche au-dessus et devant le pavillon, en partie déjà sur la zône chevelue de la tête, au-dessus de la parotide droite et le long du rameau mandibulaire gauche se trouvent des efflorescences allant de la grandeur d'une lentille à celle d'une pièce de 2 francs, légèrement saillantes, en partie assez consistantes, en partie succulentes, plates et papuleuses, dont la couleur va du rouge brique au rouge livide. C'est surtout le centre des grandes plaques qui est livide. Quelques-uns des foyers succulents sont couverts sur la périphérie de couches croûteuses, très minces. L'affection démange légèrement.

29 décembre 1928. — Dans les premiers intervalles interdigitaux de la main gauche, deux nouvelles efflorescences de la grandeur d'une lentille, qui démangent.

2 janvier 1929. — Excision d'une petite parcelle d'une efflorescence de la région mastoïdienne.

3 janvier 1929. — Plusieurs nouvelles plaques sur le dos de la main gauche, érythémateuses, allant jusqu'à la grandeur d'une pièce de 1 franc. Elles sont assez succulentes ; chez quelques-unes, le centre est blanchâtre, comme au commencement de la formation d'une vésicule.

14 janvier 1929. — Une particule d'une efflorescence du dos de la main gauche, au centre blanchâtre, est excisée (anesthésie locale au chlorure d'éthyle). Après l'excision, il se forme un cercle de nouvelles efflorescences autour de la plaie.

25 janvier 1929. — Sur le dos de la main droite, on constate un certain nombre de foyers nouveaux, dont la grandeur va jusqu'à celle d'une pièce de 1 franc : des foyers semblables, exsudatifs-érythémateux, se forment à la *radix* et à l' *apex nasi*. Les foyers apparus il y a quelques jours sur le tronc ont dépassé la grandeur d'une pièce de 2 francs. Par endroits il y a de fortes démangeaisons.

26 janvier 1929. — Quelques-unes des anciennes efflorescences ont disparu sans aucunes traces ou en laissant des pigmentations brunâtres ; d'autres restent stationnaires.

30 janvier 1929. — A la nuque on excise une parcelle d'un foyer de la grandeur d'une paume de main d'enfant. Nous observons que ce foyer reste sans modification depuis le 20 décembre 1928. Le malade affirme qu'il est déjà vieux de quatre mois.

1er février 1929. — Les foyers apparus le 25 janvier ont grandi; au centre de quelques-unes on voit des vésicules de la dimension d'une lentille, toutes plates, remplies d'un liquide séreux. A droite, à l'apophyse styloïde du cubitus, il y a deux nouvelles efflorescences de la grandeur d'une lentille. Le patient se plaint de douleurs dans les deux jarrets. Il dit que, depuis deux ans déjà, il ressent de telles douleurs de temps à autre, surtout lors des changements de température.

3 février 1929. — La périphérie de la plaie provenant de l'excision du 30 janvier prend une teinte rouge prononcée, devient succulente, protubérante, érythémateuse. Le patient a eu depuis 10 séances d'auto-hémothérapie.

4 février 1929. — Le pavillon de l'oreille gauche est rouge, enflé, douloureux. Le malade se plaint de douleurs dans la région de l'abdomen. Légère diarrhée. Vomissements. Mal de tête. Légère défense objective au-dessus du point de Mac Burney. Pouls 92. Température au-dessous de 37° C. (Pendant tout son séjour à l'hôpital, la température du malade n'a jamais été supérieure à 37° C.).

6 février 1929. — Les troubles gastro-intestinaux décrits ci-dessus ont disparu. L'état subjectif s'est beaucoup amélioré.

9 février 1929. — Vaccination antistreptococcique 0 cm^3 1 par injection sous-cutanée. Forte réaction : plaque érythémateuse.

13 février 1929. — A titre d'essai, on fait sur la peau jusqu'ici intacte de l'avant-bras gauche une injection intracutanée de 0 cm^3 2 d'eau bidistillée stérilisée, d'une solution physiologique de sel marin, de trichophytine phénolatée à 1 : 50. En outre, on scarifie superficiellement une surface de peau d'environ 2 × 3 centimètres et on asperge de chlorure d'éthyle pendant 30 secondes une surface de peau identique. La même chose est faite sur une autre personne, qui ne montre aucune réaction à cette intervention. Le malade, au contraire, montre le lendemain, aux trois endroits des injections intracutanées, des phénomènes réactifs qui, dans leur morphologie, ressemblent tout à fait aux foyers exsudatifs érythémateux nés spontanément. Les infiltrations réactives aux endroits injectés d'eau et de solution physiologique, ont à peu près la grandeur d'une pièce de 5 francs, et celle d'une pièce de 2 francs à l'endroit injecté de trichophytine. A l'endroit scarifié, aucune réaction ne s'est produite. La partie de peau traitée au chloréthyle accuse au centre une vésicule de la grandeur d'un pois; les alentours sont d'une largeur d'environ 2 centimètres, rouges et saillants.

18 février 1929. — Les réactions aux endroits injectés par voie intracutanée ont disparu; la réaction produite par le chloréthyle est en voie de régression. Injection sous-cutanée de vaccin de streptocoques 0 cm^3 3. Autant de solution physiologique à titre de contrôle.

19 février 1929. — Le malade réagit absolument de la même façon, aux deux endroits injectés par voie intracutanée, par une infiltration de 1 cm^2. 5 saillante. Le soir, 5 centimètres cubes de lait par voie intrafessière.

20 février 1929. — Sur la peau du front et derrière l'oreille gauche, quelques nouvelles efflorescences. Quelques-uns des vieux foyers ont disparu, d'autres sont en voie de régression, d'autres encore persistent depuis l'entrée du malade à la clinique. Injection sous-cutanée de vaccin de streptocoques o cm³ 4. Réaction comme ci-dessus.

22 février 1929. — Un certain nombre de nouveaux foyers érythémateux derrière l'oreille et sur le nez. Le centre de quelques foyers déjà existants, plats, papuleux, de la grandeur d'une pièce de deux francs s'est transformé en des formations plates, vésiculaires. Une efflorescence érythémateuse de la grandeur d'une lentille est apparue à la lèvre inférieure, à gauche, près de la commissure. Démangeaisons.

23 février 1929 jusqu'au 9 avril 1929. — On administre encore du vaccin de streptocoques par voie intracutanée, et le malade réagit chaque fois très fort. Le 9 avril, par exemple, à la suite d'une injection sous-cutanée de vaccin, il se forme au bras droit une plaque érythémateuse, succulente. protubérante, grande de 10 × 3 centimètres. En outre, le malade a eu pendant ce temps 17 injections d'atophanyl. Quelques-unes des efflorescences constatées lors de l'entrée à la clinique persistent toujours. Il y avait des jours où toute la peau était libre, sauf deux ou trois de ces foyers à la nuque, qui semblaient être en régression. Mais, à tout moment, de nouvelles poussées apparurent à la tête ou aux mains, et en même temps les foyers encore existants accusèrent généralement une recrudescence. La culture du sang faite pendant une telle apparition de plaques est restée stérile. L'état subjectif du malade continue à être bon.

12 avril 1929. — Le malade réagit aux vaccins anti-staphylococciques (120 millions par voie sous-cutanée) par une réaction douloureuse, érythémateuse, exsudative, grande de 10 × 15 centimètres, qui disparaît après quelques jours sans laisser de traces.

15 avril 1929. — Nouvelles poussées d'efflorescences aux mains et au visage (front, lèvre inférieure).

17 avril 1929, jusqu'au 25 avril 1929. — Quatre injections intrafessières d'omnadine à 2 centimètres cubes.

26 avril 1929. — Etat sensiblement le même que le 14 avril. Le patient se sent subjectivement très bien et quitte la clinique sur son propre désir. Nous n'avons plus pu pratiquer une irradiation du sympathique selon la méthode de Gouin.

Relevons à présent les points les plus particuliers de nos constatations histologiques.

A) *Coupe d'une efflorescence jeune avec centre vésiculaire* (Excision du 14 janvier). — Dans l'épiderme se trouvent plusieurs vésicules intra-épithéliales. Dans le derme il y a une infiltration banale, rigoureusement périvasculaire. Pas de cellules plasmatiques. Un nombre relativement grand de « mastzellen ». Dans le corps papillaire, au-dessous des vésicules intra-épithéliales, il y a un petit foyer d'infiltration banale

avec des modifications dégénératives du tissu. Dans le reste de la couche papillaire, il n'y a guère d'œdème. Rien de particulier dans l'élastine, sauf le foyer de dégénérescence sus-mentionné dans la couche papillaire, où il ne se teinte pas où il est raréfié comme dans le foyer d'infiltration.

B) *Coupe d'une efflorescence à infiltration assez forte pratiquée à la nuque* (Biopsie du 2 janvier). — Pas de modifications particulières dans l'épiderme, sauf de légers œdèmes intercellulaires à quelques endroits. La couche papillaire au centre de la coupe est nettement œdémateuse. Tout le *stratum papillare* et *subpapillare* et la partie supérieure du *stratum reticulare* sont abondamment infiltrés. L'infiltrat consiste en cellules plus nombreuses du tissu conjonctif, en petites cellules rondes (lymphocytes) et en cellules plasmatiques pas trop nombreuses. Il y a aussi des mastocytes. Les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques dans tout le tiers supérieur du derme sont élargis, le collagène dans cette partie se teinte difficilement. L'infiltration tranche assez nettement sur les parties plus profondes du derme.

C) *Coupe d'une efflorescence vieille de quelques mois.* (Biopsie du 30 janvier). — Il y a une acanthose fortement prononcée. Le *stratum papillare* est excessivement bien développé, les cônes interpapillaires sont très allongés. En beaucoup de parties de l'épiderme il y a des œdèmes intracellulaires et intercellulaires. La couche basale est nettement pigmentée. Dans la couche papillaire on trouve également une assez grande quantité de pigment. Presque toute la moitié supérieure du derme est œdémateuse, le tissu collagène se teint difficilement, l'élastine manque aux endroits où il y a des infiltrations importantes ; par endroits elle est fibrillée, comprimée, formant des boules. Lors de la coloration par l'Unna-Pappenheim, les fibres fines et courtes se colorent nettement en rouge, ce qui fait conclure à une transformation biochimique du tissu conjonctif. Tous les tissus de la partie supérieure du derme sont très élargis. Il y a une infiltration diffuse, une infiltration nettement périvasculaire ; ce qui saute le plus aux yeux c'est le grand nombre de cellules plasmatiques, qui forment des plasmômes par endroits, mais surtout à la périphérie des vaisseaux. Les « mast-zellules » sont plus nombreuses que normalement. Je n'ai pu mettre en évidence de cellules éosinophiles.

Le cas qui nous occupe m'a semblé assez intéressant pour être signalé. Il est clair que, sur quelques points, et surtout au point de vue de la morphologie et de la localisation, il répond à la caractéristique de l'*erythema exsudativum* multiforme de Hebra. Brocq dit à propos de cette affection que l'érythème polymorphe de l'école de Vienne ne « s'applique nullement à des faits analogues à nos dermatites polymorphes ». Tachau (dans le manuel de Jadassohn,

année 1928, tome VI, page 2) insiste particulièrement sur la thèse que la structure clinique et histologique de l'érythème multiforme de Hebra ne doit être élargie ni du côté étiologique, ni du côté clinique, ni du côté histologique (il ne faut donc y compter aucun cas d'hémorragie ou de processus chronique) ; il faut le considérer, d'après lui, comme maladie infectieuse générale, aiguë, généralement non contagieuse, dont le germe n'est pas encore connu. Cette opinion est diamétralement opposée à celle de Darier, suivant laquelle l'érythème est un syndrome qui se manifeste par un « pseudoexanthème ».

Quelques divergentes que soient encore aujourd'hui les opinions des différents dermatologues sur l'étiologie et la pathologie de l'érythème exsudatif, il y a un point sûr et sur lequel ils sont tous d'accord, savoir que le cas typique de l'érythème de Hebra présente une infection à processus aigu dans laquelle, malgré des poussées répétées et la possibilité d'une récidive, l'efflorescence isolée naît et disparaît dans un espace relativement court (4 à 6 semaines). C'est en ceci que notre cas se distingue essentiellement de l'érythème exsudatif typique, et cette différence se documente macroscopiquement aussi bien que microscopiquement.

Des cas d'érythèmes persistants, respectivement chroniques ou chroniquement récidivants, ont été maintes fois publiés : par Oppenheim comme *erythema exsudativum* multiforme *recidivans*, où de profondes hémorragies accompagnaient le processus ; par Schwartz comme *erythema* multiforme *perstans* avec des modifications bulleuses-hémorragiques de la muqueuse de la bouche ; par Lanzenberg comme érythème polymorphe à poussées récidivantes, allant vers la dermatite de Duhring-Brocq, accompagné de poussées d'urticaire ; par Lanzenberg et Walter comme érythème récidivant par poussées subintrantes depuis 6 mois (dans ces deux derniers cas, l'histologie montrait des lésions d'inflammation banale) ; par Sachs comme *erythema exsudativum perstans ;* certaines efflorescences persistaient pendant des mois, et au point de vue microscopique des infiltrats micro-cellulaires étaient prédominants. Darier distingue deux types parmi les érythèmes persistants : l'érythème annulaire centrifuge (voir ci-dessous), l'*erythema elevatum diutinum* R. Crocker, qui à son avis, est une variété non circinée du granu-

lome annulaire, et enfin les érythèmes persistants comme syndrome, que peuvent provoquer les maladies les plus diverses.

Quelques-uns de ces cas seulement accusent une ressemblance éloignée avec notre malade ; aucun d'eux n'est absolument conforme, pas même le cas de Sachs, ni celui de Lanzenberg, qui en est le plus rapproché au point de vue macroscopique. Notre cas n'a pas d'analogie, du moins au point de vue morphologique, avec les érythèmes figurés et circinés (Darier, Dore, Freudenthal, Jadassohn, Lipschutz, Strempel, Wende, etc.) ; il faut éliminer également l'*erythema exsudativum* multiforme *vegetans* de Herxheimer et Schmidt, qui accusait bien, au point de vue histologique, beaucoup de cellules plasmatiques, mais dont l'évolution était terminée après six semaines. Il en est de même de l'*erythema bullosum vegetans* décrit par Lipschutz.

Notre cas pourrait nous amener à diagnostiquer la forme chronique de l'*erythema exsudativum* multiforme *Hebræ*. Nous préférons nous en abstenir et attendre d'autres communications sur l'érythème polymorphe atypique, car ce n'est qu'une casuistique aussi grande et aussi bien observée que possible qui pourra nous donner une indication pour l'exacte classification de tels cas. Lanzenberg, dans le sens de Brocq, a conçu son cas comme fait de passage entre l'*erythema* multiforme typique de Hebra, et la dermatite polymorphe de Duhring-Brocq. En suivant la conception de Brocq, notre cas est également une forme de passage, c'est-à-dire un *erythema exsudativum recidivans* et *chronicum persistans*.

*
* *

Qu'il me soit permis de traiter encore brièvement un phénomène que nous avons pu observer et respectivement confirmer chez notre malade et qui appartient à l'ordre d'idées d'une publication de Kreibich. Cet auteur a trouvé que, dans l'*erythema nodosum* et l'*erythema* multiforme, une injection intracutanée de trichophytine, d'une solution physiologique, d'eau distillée et au même titre des excoriations peuvent provoquer une réaction dans le sens du phénomène bien connu de Kœbner. Kreibich a appelé « phénomène isomorphe » les efflorescences nées de la sorte. Il va de soi que, pour juger une réaction positive de tuberculine, de luétine, etc., il

faut toujours exclure cette réaction isomorphe par des contrôles appropriés.

Chez notre malade, nous avons fait des injections intracutanées d'une solution physiologique, d'eau bidistillée stérilisée et de trichophytine ; nous avons excorié superficiellement une petite partie de la peau, traité une autre au chlorure d'éthyle. A tous ces endroits, sauf à celui qui était mécaniquement lésé, il en résultait le développement de réactions inflammatoires, correspondant absolument aux efflorescences érythémateuses exsudatives déjà existantes. Il est étonnant que la réaction aux endroits traités à la trichophytine était presque de moitié plus petite qu'aux endroits traités à la solution physiologique et à l'eau. La réaction à la tuberculine et le contrôle par la solution physiologique faits simultanément après l'entrée du malade à la clinique ont été négatifs. Ceci prouve de plus que l'état allergique de l'organisme peut être différent suivant les époques. L'excoriation, à laquelle nous avons procédé et qui n'a provoqué aucune réaction, doit être considérée comme une irritation non adéquate.

Quelques jours après l'expérience, le malade a eu une injection sous-cutanée de la même quantité de vaccin streptococcique et de solution physiologique. Il a réagi de nouveau aux mêmes endroits par des efflorescences isomorphes tout à fait identiques. Notre supposition, qu'il pourrait s'agir chez le patient d'une infection à streptocoques provenant d'un foyer inconnu (réaction positive à la première administration de vaccin de streptocoques quelques jours avant notre expérience) n'a donc plus pu trouver de confirmation dans les fortes réactions de vaccin antistreptococcique.

D'autre part, un phénomène décrit ci-dessus, savoir la recrudescence et l'intensité des efflorescences autour des plaies d'excision, la production de poussées, les douleurs dans les articulations, prouvent qu'il s'agit d'un foyer infectieux, focal, que je cherche avec une probabilité relative dans l'appendice.

DEUX CAS DE PELADE TRAITÉS PAR LES DOSES EXCITANTES DE LAIT

Par le Dr Miloche DJORITCH
Médecin-chef du service des affections cutanées
(Semlin (Zemoun), Yougoslavie).

Le but du traitement local de la pelade est de provoquer, par l'application d'un moyen chimique ou physique, une irritation de la surface dénudée. Cette irritation de la plaque peladique doit être entretenue en permanence, sans dépasser les limites permises. L'excitation par une solution rubéfiante, alcoolique ou éthérée, ou même par un vésicatoire liquide favorise plus ou moins rapidement la végétation pilaire. L'action locale des irritations des plaques peladiques ou de l'ensemble des téguments donne une place d'honneur aux rayons ultra-violets dans le traitement actuel de l'alopécie en aire. M. Darier a mentionné récemment l'influence remarquable de la radiothérapie à dose excitante.

Les procédés chimiques ou physiques ont leurs défauts et il serait inutile d'insister sur certains inconvénients auxquels s'exposent les malades trop impatients ou les médecins peu expérimentés. Il nous faut, à tous, un moyen de traitement aussi inoffensif que possible et à la portée de tout le monde.

Ces considérations d'ordre général nous ont conduit à l'application expérimentale des doses excitantes de lait que nous introduisons par piqûre dans le derme, au centre même de la plaque peladique. On a antérieurement utilisé ces doses excitantes de lait (d'un quart à un demi-centimètre cube) dans le traitement de la dermite aiguë de la face et les auteurs étrangers ont publié des résultats favorables dus à ce procédé qui nous a rendu service dans une catégorie tout à fait différente. Nous avons introduit dans le traitement de la pelade les doses excitantes non spécifiques de lait

(ou du produit lacté nommé « Aolan » qu'on trouve dans le commerce).

Observation n° 1. — M. X..., député allemand au Parlement de Belgrade, âgé de 45 ans, toujours bien portant, dont la réaction de Wassermann a été négative dans le sérum sanguin, a commencé à perdre ses cheveux pendant la campagne électorale au mois d'août 1927. Les surfaces dénudées, rondes ou ovalaires, se sont succédé dans la région occipitale, rétro-auriculaire (un grand placard marginé) et sur le sommet du vertex. Il se présente à nous à la fin de février 1928, après avoir essayé des frictions et lotions qui n'ont exercé aucune influence sur les plaques déjà existantes ; au contraire, de nouvelles surfaces dénudées plus petites et disséminées ont marqué l'évolution de l'alopécie en aire.

Pour la première piqûre, nous avons choisi la plus jeune plaque parmi les grandes et nous avons introduit dans le derme un quart de centimètre cube d'Aolan. Six semaines plus tard, de retour de Paris, nous avons trouvé la surface traitée complètement couverte de cheveux normaux. Sur la demande du député, nous appliquons simultanément le même procédé aux autres plaques peladiques. Nous avons dû renouveler trois semaines plus tard la piqûre au lait dans le grand placard rétro-auriculaire. Le résultat était aussi satisfaisant que possible : à côté des grandes plaques que nous avons traitées, les petites surfaces dénudées ont guéri sur tout le cuir chevelu.

Nous avons suivi ce malade pendant un an, sans avoir observé aucune récidive.

Observation n° 2. — M. A..., coiffeur, 17 ans, atteint de pelade post-impétigineuse, est envoyé à l'hôpital de Semlin pour le traitement aux rayons ultra-violets. Nous avons procédé comme dans le cas précédent, en allant un peu plus vite. La repousse pilaire était des plus rapides, mais le malade nous a quitté avant la fin du traitement, probablement à cause de la douleur de la piqûre intradermique au lait.

Observation n° 3. — Mlle X...itch, âgée de 18 ans, d'une santé florissante, dont les parents sont morts pendant la guerre, a remarqué au commencement de septembre 1929 un placard peladique à la région occipitale du côté gauche descendant jusqu'à la nuque. Une autre surface dénudée l'a suivi de près au sommet du vertex du côté opposé, grande comme une pièce de deux francs. Le premier médecin consulté lui explique, d'une façon trop absolue, les relations entre la syphilis et la pelade et demande une prise de sang avant le traitement. La malade s'adresse à un confrère qui lui applique les rayons ultra-violets, mais elle n'en subit qu'une séance, car le dosage semble dépasser l'indication.

Lors du premier examen, nous avons prié notre malade de se reposer pendant quelques jours. L'érythème disparu et la desquamation arrêtée, nous commençons le traitement au lait à dose excitante. Nous introduisons dans la peau à quelques points différents du placard occipital un demi-centimètre cube d'Aolan. De même, nous traitons la plaque du vertex. Deux semaines après, sauf quelques petits follets, pas d'autres changements. Nous répétons la dose excitante et trois semaines plus tard nous remarquons une repousse abondante de cheveux normaux. Dans le placard occipital, la végétation pilaire a laissé une petite surface dénudée sur le bord supérieur de la nuque, mais elle a guéri dans la suite, sans aucune intervention complémentaire. Aucune récidive n'est survenue jusqu'à présent.

Notre casuistique étant très restreinte, nous réservons nos conclusions pour une étude ultérieure. Mais dès maintenant, nous nous permettons de dégager nos impressions cliniques.

D'abord, la piqûre intradermique au lait est quelque peu douloureuse, surtout lorsqu'on veut distribuer les gouttes en plusieurs points, sans sortir l'aiguille. Mais deux piqûres sont suffisantes, même pour les grands placards.

Il nous faut, ensuite, avouer que nous n'avons pas osé aller plus rapidement, pour obtenir une repousse des cheveux plus accélérée. Il est à prévoir que des cliniciens plus avisés auront de meilleurs résultats dans un laps de temps plus court. Mais quand on compare l'effet de ce procédé au temps nécessaire pour la guérison par n'importe quel autre traitement, local ou général, on se rend compte de son utilité.

Quant à la recommandation de traiter l'ensemble du cuir chevelu en vue d'éviter, si possible, les plaques nouvelles, nous devons souligner le fait que le procédé lacté appliqué aux surfaces malades a empêché, dans les deux cas, la formation de nouvelles plaques peladiques.

Dans ces deux cas de pelade, le traitement antérieur a été pratiqué, mais une seule application de rayons ultra-violets (obs. 3), où les frictions et brossages précédents n'ont pas produit la moindre amélioration (obs. 1). Il serait quand même plus démonstratif d'essayer le procédé lacté dans un cas de pelade vierge de tout moyen thérapeutique.

Le même procédé diffère au point de vue technique dans ses deux applications. Dans la dermite aiguë de la face, on fait la

piqûre dans la région deltoïdienne et elle agit malgré la distance comme un moyen excitant non spécifique. Dans la pelade, la piqûre est faite *in loco*, dans la surface dénudée.

Enfin, les réactions locales sont tout à fait insignifiantes : un peu d'érythème infiltré qui se dissipe en deux ou trois jours.

UN CAS DE FAVUS GÉNÉRALISÉ DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES

Par C. ILIESCO
Médecin-chef du service dermatologique de l'hôpital militaire de Bucarest

et S. LONGHIN

Les observations sur le favus des muqueuses dû à l'Achorion Schönleini sont extrêmement rares et leur étude aux points de vue microscopique et cultural très incomplète. Ce fait a permis aux auteurs les plus compétents en la matière Sabouraud, Darier, de douter même de leur existence. En effet, nous trouvons dans la littérature dermatologique seulement deux observations ayant trait à des localisations du favus sur les muqueuses.

La première en date, celle de Kaposi et Kundrat publiée en 1884, concerne un cas de favus généralisé à la presque totalité du corps chez un individu âgé de 40 ans, mort à la suite d'un phlegmon. A l'autopsie, on a trouvé des lésions ulcéreuses et cicatricielles qui d'après l'avis des auteurs seraient de même nature que celles qu'il présentait sur la peau. Aucun examen de laboratoire n'a été fait chez ce malade.

Une autre observation analogue est celle de Nobe. Au congrès des médecins et des naturalistes de Vienne, il a présenté un garçon âgé de 14 ans qui aurait eu des lésions faviques des muqueuses.

Chez ce malade, l'examen microscopique des matières fécales a montré la présence d'un mycélium semblable à celui trouvé dans les squames prélevées au niveau des lésions cutanées.

Au point de vue expérimental, les essais de Sabrazès n'ont donné aucun résultat.

Ayant eu l'occasion d'étudier un cas de favus généralisé accompagné de lésions des muqueuses, qui au contrôle rigoureux microscopique et cultural, se montraient de même nature que celles des téguments, nous nous croyons autorisés de le signaler à l'attention des dermatologistes, comme le premier document incontestable de la réalité du favus des muqueuses.

N. N..., soldat, originaire de Bessarabie, âgé de 23 ans, est hospitalisé dans le service dermatologique de l'Hôpital militaire de Bucarest en mars 1927 pour une dermatose qui avait débuté à l'âge de 8 ans et qui progressivement s'est généralisée sur tout le corps. Le malade présente un état avancé de dénutrition, presque de cachexie.



Fig 1. — Favus généralisé.

A l'examen somatique, on note, au niveau de la tête, recouvrant la totalité du cuir chevelu, des godets faviques qui s'accompagnent, surtout sur les régions temporales et occipitale, d'une alopécie cicatricielle définitive. Au niveau du vertex, les cheveux présentent tous les caractères de cheveux faviques : gris, ternes, décolorés, peu adhérents.

Notons que chez notre malade, les lésions cicatricielles avaient envahi

toute la bordure du cuir chevelu. La zone périphérique de 1 centimètre, ce liseré qui est considéré comme très caractéristique, n'est plus respecté.

Sur le reste des téguments : dos, poitrine, et surtout sur les faces d'extension des membres, on remarque des placards énormes formés de godets isolés ou agminés.

Les godets isolés, saillants, atteignent les dimensions d'une pièce de 2 francs. On voit des placards sans godets recouverts d'une carapace plâtreuse, de couleur gris-jaunâtre, faisant une saillie de 1 centimètre au-dessus de la peau normale. Par endroits, la peau présente un aspect plutôt atrophique que cicatriciel.

Les ongles des mains sont épaissis, fissurés, boursoufflés, de couleur jaunâtre.

La cavité buccale présente des particularités dignes de retenir notre attention.

Sur la muqueuse jugale, sur la langue, les amygdales, le voile du palais, on peut constater des lésions superficielles, des exulcérations, dont les dimensions varient de celle d'une tête d'épingle à celle d'une pièce de monnaie d'un franc. Ces exulcérations à contour assez circulaire ou ovalaire, sont recouvertes d'un dépôt jaune-sale qui se détache assez facilement, laissant voir à son niveau une surface régulière de coloration rouge. Les lésions des muqueuses comme celles de la peau guérissent sans cicatrice. Par leur sensibilité, ces plaques ne permettaient qu'une alimentation liquide.

L'examen microscopique des cheveux, des lésions cutanées et muqueuses, montre la présence de mycéliums typiques, d'*Achorion Schönleini.*

De même, à la culture sur milieu de Sabouraud, des cheveux, des squames cutanées, et de l'enduit recouvrant les lésions muqueuses, on obtient le même parasite.

En résumé, nous nous trouvons en face d'un malade qui présente un favus généralisé des téguments et de la muqueuse buccale dû à l'*Achorion Schönleini*, mis en évidence microscopiquement et par des cultures de ces diverses régions.

Comme traitement, on lui a fait l'épilation du cuir chevelu par les rayons X et des applications de teinture d'iode. Pour les lésions des muqueuses, il a été traité par le Lugol dilué à 1/3.

Le malade a guéri en 4 mois.

A l'occasion de cette observation, nous ne pouvons confirmer l'hypothèse de MM. Louste et Le Clerc qui voient dans l'hyperglycémie un facteur favorisant l'extension et le développement floride de l'infection favique. Louste et Le Clerc fondent leur opinion sur un cas de favus généralisé dans lequel ils ont trouvé une glycémie

de 1,327 gr.-1,53 gr. pour mille. Chez notre malade, Mlle Dambo-viceano n'a trouvé qu'un taux de glucose de 0,50 gr. pour mille, donc une hypoglycémie.

Nous supposons que la virulence du parasite joue un grand rôle dans l'extension de la maladie.

On connaît la contamination de l'adulte, mais elle est relativement rare.

Or, notre malade a contaminé un de ses camarades qui a fait un favus des cuisses et des testicules.

C'est le seul cas de contamination que nous ayons observé dans notre service quoique le nombre des faviques dépasse chaque année une centaine.

Pour nous, ce fait est une preuve de la virulence à laquelle on doit attribuer en grande partie les cas généralisés.

Comme examens de laboratoire, en dehors d'une légère polynucléose, il n'y a eu rien qui puisse attirer notre attention. Le sérodiagnostic Bordet-Wassermann a été négatif.

Ce malade a été présenté à la Société médico-militaire de Bucarest.

QUELQUES CHANCRES ACCIDENTELS...

Par M. E. LEPINAY (de Casablanca).

La syphilis d'origine accidentelle ou, si l'on préfère, extra-vénérienne est assez fréquente au Maroc, comme dans tous les pays où il existe une assez grande promiscuité. On se souvient du fameux « syphiloïde » en Jutland, dont le professeur Ehlers a raconté l'histoire.

Le Maroc est un pays très syphilisé. Aussi les chances de contamination sont-elles fréquentes. On comprend qu'un malade atteint de syphilis primaire ou secondaire des lèvres puisse au cours d'un repas ou d'un « Thé » à la mode indigène transmettre la syphilis. Même raisonnement pour le chancre du rasoir, pour les chancres consécutifs à des traumatismes, etc.

Nous voyons beaucoup de syphilis d'origine ignorée, quelques-unes ont pu avoir des portes d'entrée « innocentes ».

Nous allons relater cinq cas, parce que nous avons pu les accompagner de photographies, mais c'est par dizaines que nous pourrions chaque année communiquer ces observations de syphilis primaire extra-génitales et parmi celles-ci de nombreux cas d'infection accidentelle.

1° *Un chancre professionnel du pouce* (1).

X..., infirmier d'un service de Dermatologie-Vénéréologie, présente depuis plusieurs années de l'onyxis et du périonyxis pyococcique récidivant, consécutif aux irritations caustiques des produits qu'il a à manipuler pour les pansements de ses malades vénériens.

En octobre 1929 apparaît une nouvelle crise, plusieurs doigts sont atteints, quelques-uns guérissent assez rapidement avec les pansements habituels, seuls les deux pouces résistent au traitement. L'infection a

(1) Les photographies ont été exécutées au Centre Bergonié.



Fig. 1.



Fig. 1 *bis*.

disparu, mais le lit des deux ongles que l'on a été obligé de tailler de plus en plus court, bourgeonne et saigne... le moindre contact, même celui du pansement, est très douloureux et insupportable. Il existe des traînées lymphangitiques sur les avant-bras ; un ganglion épitrochléen à gauche ; l'état général du malade est mauvais ; il fait de la fièvre, 37°, 38° ; il a des céphalées... et bientôt une *roséole*. On recherche le tréponème dans les lésions, on le trouve dans celle du pouce gauche (la seule accompagnée d'un ganglion épitrochléen). En quelques jours, sous l'influence du traitement spécifique, onyxis, périonyxis et chancre disparaissent et les pouces reprennent leur aspect normal.



Fig. 2.

2° Un chancre accidentel de la joue.

Chez une jeune Israélite marocaine. Chancre accompagné d'un gros ganglion rétro-maxillaire et fourmillant de tréponèmes. Contamination familiale. L'un des parents était atteint d'accidents de syphilis secondaire et de plaques muqueuses labiales.

3° *Un chancre accidentel du rasoir.*

Chancre bilatéral de la lèvre supérieure survenu 27 jours après passage chez le coiffeur et accompagné, quand le malade nous arriva, non seulement de ganglions sous et rétro-maxillaires, mais de roséole. Tréponèmes dans les deux lésions.



Fig. 3.

4° *Un chancre vraisemblablement accidentel de la lèvre.*

Homme, âgé de 52 ans, vivant avec des Indigènes, n'ayant que rarement l'occasion d'une contamination féminine et, depuis plusieurs mois avant l'accident, ne s'y étant pas exposé.

Superinfection ou réinfection ? Le malade était en effet un ancien

syphilitique traité à l'Hôpital Ricord en 1902 — Service de M. le Dr Queyrat — pour chancre de la verge et roséole. Il avait de plus présenté quelques années plus tard une ulcération gommeuse du bras droit (dont il restait la cicatrice) disparue après un traitement iodo-mercuriel. En 1911, une séro-réaction pratiquée était encore fortement positive et fut suivie de 5 à 6 séries d'injections intraveineuses de novarsénobenzol.



Fig. 4.

Ce ne pouvait être ni un chancre redux, ni une syphilide chancriforme.

La lésion avait tous les caractères cliniques de l'accident primaire de la lèvre, il existait un gros ganglion sous-maxillaire et dans la sérosité on trouvait des tréponèmes. Le malade se serait, racontait-il, brûlé avec une cigarette quelques semaines auparavant et la « brûlure » n'avait jamais cicatrisé. Elle disparut après quelques injections intraveineuses.

5° *Enfin un chancre du dos de la main, accidentel et « professionnel » chez un agent de police.*

X..., agent de police, est, au cours d'une bataille avec des Marocains, blessé au dos de la main gauche, au niveau de la tête du 3e métacar-



Fig. 5.

pien, par les dents d'un Indigène, que nous reconnûmes atteint d'accidents de syphilis secondaire, plaques muqueuses labiales et laryngite, avec séro-réaction fortement positive. La blessure banale d'apparence parut d'abord évoluer normalement vers la cicatrisation, mais celle-ci s'arrêta vers le 30e jour et à partir de ce moment la plaie prit l'aspect d'une ulcération ovalaire à bords saillants et indurés, à pourtour inflammatoire et il apparaissait un gros ganglion axillaire. Dans la

sérosité prélevée sur le bord de la lésion, on trouvait de nombreux *tréponèmes.*

A propos de cette syphilis accidentelle, il est un point médico-légal qu'il nous paraît intéressant de signaler. Lorsque nous vîmes pour la première fois le malade en même temps que l'Indigène porteur de lésions syphilitiques et susceptible de l'avoir contaminé, l'opportunité d'un traitement préventif se présenta à notre esprit ; après réflexion,

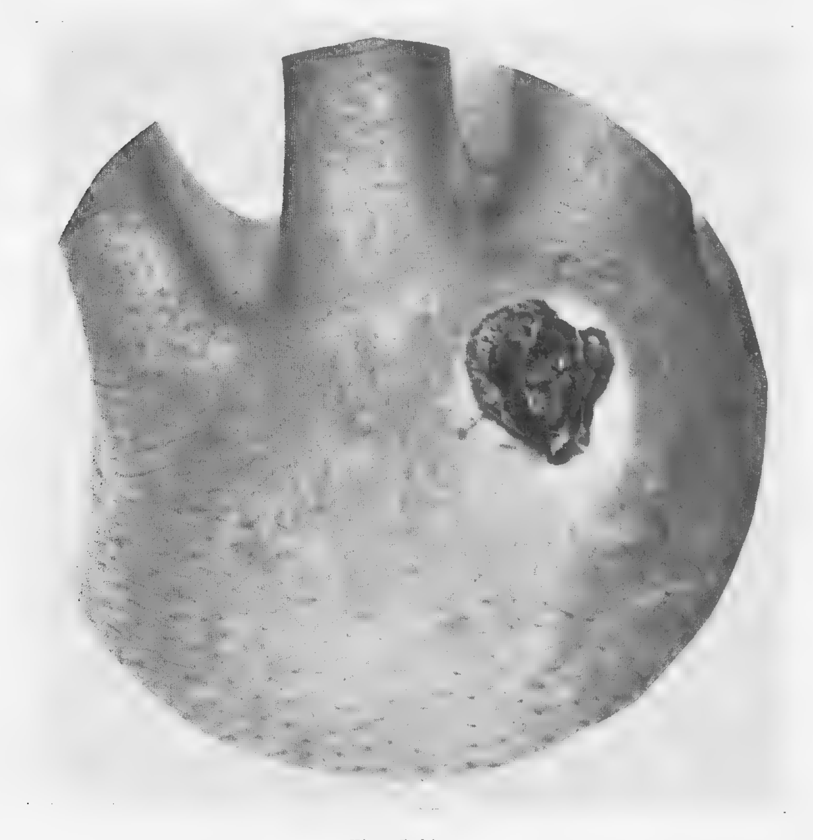


Fig. 5 *bis.*

nous y renonçâmes, non seulement parce que la contamination possible remontait à une dizaine de jours et que l'on risquait par un traitement insuffisant de « camoufler » une syphilis, mais encore parce qu'il s'agissait d'une infection *contractée en service* et que toute ébauche de traitement, en masquant ou modifiant l'accident primitif, enlevait à l'accidenté les moyens de faire la preuve de l'origine accidentelle de sa syphilis.

Travail du Laboratoire du Dr Sabouraud (Hôpital Saint-Louis).

RECHERCHES SUR LA « NÉVRODERMITE » DE BROCQ OU « LICHÉNIFICATION MICROBIENNE » (1)

Par Panagiotis B. PHOTINOS
Ancien assistant à la Faculté d'Athènes (Hôpital « André Syggris »).
Assistant Etranger à la Clinique Dermato Syphiligraphique de la Faculté de Médecine de Paris.

En Dermatologie comme dans toutes les branches de la Médecine, nous avons également plusieurs maladies dont la cause nous échappe presque complètement. Et, puisque nous croyons du devoir de chaque médecin d'apporter sa contribution, dans la mesure du possible, à la recherche de l'inconnu, nous avons cru utile d'ajouter notre petite pierre à l'édifice que M. Brocq a pu construire et décrire sous le nom de « névrodermite » (2).

Bien avant lui, il y a déjà plus de 40 ans, E. Vidal avait décrit la même maladie sous le nom de « lichen simplex chronique », en donnant aussi une description clinique assez complète.

C'est ainsi que, dans un article des *Annales de Dermatologie* (3) de 1886, on peut lire les lignes suivantes :

« *Lichen simplex chronique.* — Dans quelques cas, à la suite d'une poussée de lichen simplex aigu, quand l'éruption a perdu son intensité et tend à disparaître, on voit persister, en certains points du corps, une ou plusieurs plaques circonscrites, composées d'un certain nombre de papules groupées. C'est là un des modes de début du lichen chronique, mais cette dermatose peut aussi être chronique d'emblée.

— Les papules sont, dans ce cas, moins rouges que dans la

(1) Travail remis à la Rédaction le 26 janvier 1930

(2) On dirait mieux « névrodermatite » et non « névrodermite » car en grec nous disons *νευροδερματῖτις* = nevrodermatite : ce substantif est composé de deux mots grecs : *νεῦρον* = nerf et *δερματῖτις* = dermatite (inflammation de la peau) : peau = *δέρμα*.

(3) *Annales de Dermatologie*, 2e série, p. 140, 141 et 142, 25 mars 1886.

forme franchement aiguë ; elles deviennent confluentes, de façon à constituer une plaque ; elles ne sont alors reconnaissables qu'au voisinage des bords, qui sont cependant assez nettement arrêtés et saillants ; la surface de la plaque est rugueuse et inégale ; elle donne au toucher la sensation d'une surface granuleuse comme celle de la peau d'une orange. On y remarque de fines squames furfuracées, une grande quantité de petits sillons entre-croisés, comme des hachures de dessin ; parfois elle présente des traces d'excoriations consécutives au grattage, et qui se recouvrent de minces croûtelles. La coloration de la peau est d'un rouge un peu terne, presque grisâtre ; elle est épaissie, indurée ; elle a perdu sa souplesse. L'inflammation chronique du derme arrive, en effet, à produire une hyperplasie marquée du tissu conjonctif. Cette éruption s'accompagne d'ordinaire de cuisson, de chaleur et de démangeaison ; dans certains cas, le malade y éprouve plutôt des picotements ou des élancements qui s'exaspèrent vers le soir et pendant la nuit.

Les plaques peuvent d'ailleurs, dans cette variété, affecter les diverses formes que nous avons indiquées dans la variété aiguë ; elles peuvent être arrondies (*L. circumscriptum*), allongées (*L. gyratus*), symétriques, c'est-à-dire se développer sur les parties symétriques du tronc ou des membres, aux deux avant-bras, aux deux jarrets par exemple. Les régions qui sont le plus souvent atteintes sont la partie postérieure du cou, la face externe des poignets et des avant-bras, les jambes, la région interne ou externe du genou, la face externe des cuisses, la région lombaire, et surtout l'anus et les parties génitales. Quand il affecte cette dernière région, le lichen chronique constitue une des affections de la peau les plus rebelles et les plus pénibles. Il gagne les parties génitales, le haut des cuisses, la marge de l'anus, le pli interfessier, et il affecte la forme d'un 8 de chiffre. La peau est rude, inégale, épaissie, d'un rouge très pâle ; parfois elle est squameuse, le plus souvent excoriée, car par moments les démangeaisons sont tellement violentes que les malades en sont réduits à se gratter avec une sorte de fureur. On y retrouve çà et là, et surtout vers les bords, quelques papules. Chez les femmes, cette éruption est souvent liée à la leucorrhée ou au diabète.

— Le lichen simplex chronique est des plus tenaces ; cependant il

peut avoir des périodes de rémission, pendant lesquelles la rougeur de la plaque s'affaiblit et finit même par s'éteindre ; de telle sorte qu'elle ne se distingue plus des parties saines que par une fine desquamation furfuracée, par l'épaississement et la rudesse du derme. Elle s'achemine ainsi lentement vers la guérison, qui parfois se produit d'une manière définitive ; mais le plus souvent, au bout d'un certain temps, surviennent de nouvelles poussées. Ces récidives peuvent prendre un caractère saisonnier et en quelque sorte périodique. Elles sont plus fréquentes en automne et pendant l'hiver ».

En parcourant les passages ci-dessus, il est aisé de se rendre compte de la belle description clinique et du nom de cette maladie qui, depuis lors, a été adopté par les auteurs jusqu'à nos jours, et on peut même dire que cette dénomination a été employée par les auteurs étrangers.

— Les travaux ultérieurs de M. Brocq ont permis à cette dermatose d'être bien reconnue ; et dans sa description clinique, donnée dans la *Pratique Dermatologique* en 1902, M. Brocq avait déjà parfaitement détaillé la question, en exposant, en dehors de plusieurs points relatifs à la clinique, des lésions anatomo-pathologiques bien définies.

De même M. Sabouraud a décrit en même temps que M. Brocq les lésions histologiques des lichénifications.

C'est ainsi qu'on peut lire dans le même traité à la page 898 les lésions suivantes : « A la surface de l'épiderme on trouve des feuillets épidermiques cornés en parakératoses et des rudiments de vésicules (spongiose sous-cornée). Les papilles dermiques sont très déformées et hypertrophiées. Les bourgeons inter-papillaires ont pris un développement considérable par multiplication cellulaire (acanthose) ».

Nous ne voulons pas insister sur une nouvelle description clinique, car la maladie est assez connue grâce aux travaux de ces trois grands Maîtres de l'Ecole française ; et nous nous occuperons tout de suite de l'étiologie et de la pathologie, ce qui d'ailleurs est le motif de ce petit travail.

Tout d'abord M. Vidal, sans s'exprimer d'une façon nette sur l'étiologie de son lichen simplex, énonce que cette éruption est souvent liée à la leucorrhée et au diabète.

M. Brocq, sans nous dire la vraie cause de la névrodermite, nous parle quand même de plusieurs causes qui prédisposent pour ainsi dire à la création de la tenacité et de la chronicité, ce qui est un caractère assez important de cette affection.

C'est ainsi que Brocq a pu observer que les « névrodermites sont surtout fréquentes chez les femmes, et c'est l'âge moyen de la vie qui a la prédilection ».

En se basant sur les antécédents des malades, M. Brocq avait retrouvé surtout l'arthritisme, le nervosisme, le caféisme et l'alcoolisme. Il a trouvé aussi, dans les antécédents personnels, des bronchites, l'emphysème, des exanthèmes pseudo-asthmatiques, des douleurs rhumatismales, des poussées de furoncles, des hémorroïdes, de la leucorrhée et même l'urticaire, les diverses variétés d'eczéma et les lichens plans. Et un autre fait a attiré son attention, c'est qu'il a observé la névrodermite plusieurs fois chez les diabétiques.

Comme cause déterminante des crises prurigineuses, on notait (toujours d'après Brocq) fréquemment des chagrins violents, des pertes d'argent, des pertes de personnes chères, des soucis, des préoccupations, des frayeurs intenses, des secousses morales de toutes sortes. Et, pour être bref, il conclut ainsi dans sa magistrale description :

« Nous ne pouvons trop le répéter, ce qui domine l'étiologie et la pathogénie de ces affections, c'est, d'une part, comme cause prédisposante, comme terrain, le nervosisme ou l'arthritisme nerveux ; d'autre part, comme cause déterminante, les violentes émotions, les ébranlements subis par le système nerveux, les intoxications diverses ».

On voit ainsi que M. Brocq lui-même n'a pas fixé complètement la nature de ces affections, qui d'ailleurs sont assez difficiles à déceler.

Nous n'avons pas la prétention de pouvoir ajouter quelque chose, mais, depuis longtemps, notre attention fut attirée par quelques travaux français à l'hôpital Saint-Louis même, et les bons résultats qui sont dus à l'application des agents antimicrobiens, suivant la méthode de notre Maître M. Sabouraud, que nous avons suivie depuis trois ans, soit dans sa polyclinique, soit même dans tous les autres services de nos Maîtres de l'Hôpital Saint-Louis, dont nous allons parler plus bas.

Pour revenir aux travaux français, nous pouvons citer le travail de notre regretté frère, fait dans le laboratoire et sous la surveillance de notre Maître M. Milian, dans les conditions suivantes :

Chez une malade présentée à la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, le 8 mars 1928, atteinte de lichénification du cou, MM. Milian et Théodore Photinos ont trouvé le trichophytum granulosum. Et, en quelques jours, grâce au traitement à l'alcool iodé, la malade a été guérie.

C'est alors, et comme nous l'avons dit plus haut, que, dans la discussion qui a eu lieu, l'expression de M. Sabouraud a beaucoup attiré notre attention, car notre Maître a dit clairement ceci :

« ......, c'est que depuis 10 ans je traite systématiquement toutes les lichénifications et les névrodermites de Brocq par des frictions d'alcool iodé au 1/100, avec application, ensuite, d'une pommade au goudron de houille, et c'est de beaucoup ce traitement qui me donne les résultats les plus constants et les meilleurs. »

Mais n'est pas moins intéressant, sinon confirmant, l'avis de notre Maître M. Milian, que nous citons textuellement :

« Il s'agit au contraire ici nettement de lichénifications vraies, d'apparence primitive et pour lesquelles nous n'aurions jamais songé à une mycose trichophytique si, depuis longtemps déjà, la forme circinée de ces placards n'avait attiré notre attention sur leur origine parasitaire possible.

« Il faut noter que Sabouraud a indiqué depuis longtemps la possibilité de lichénification d'origine streptococcique ; et il est certain qu'au cou on retrouve aussi des lichénifications streptococciques d'apparence primitive. Ce sont là deux éventualités toujours possibles, auxquelles il faut songer en présence d'une lichénification du cou où les formes parasitaires me paraissent plus fréquentes que la lichénification primitive vraie, c'est-à-dire la névrodermite ou, mieux, prurit avec lichénification. On en fait facilement la preuve d'ailleurs, car ces deux variétés de lichénifications infectieuses guérissent admirablement par les antiseptiques : la teinture d'iode, les solutions de cristal-violet et de vert de méthyle. »

Nous ne voulons pas nous étendre davantage, mais il faut répéter, encore une fois, que tous ces faits nous ont vivement frappé et, dès que nous en avons eu le temps, nous nous sommes occupé de ce sujet.

C'est ainsi que nous avons commencé à mieux étudier et à suivre tous les cas qui se sont présentés à la Polyclinique de l'Ecole Lallier de M. Sabouraud, et à en étudier d'autres, très aimablement envoyés et confiés par les Chefs des services de l'Hôpital Saint-Louis. De cette façon, nous avons pu recueillir sept cas de névrodermites de Brocq, que nous avons pu examiner à plusieurs reprises dans le laboratoire de M. Sabouraud, et quelques-uns dans le laboratoire de M. Milian.

Tous ces cas, bien entendu, ont été surveillés et présentés à nos Maîtres avant, pendant et après le traitement, ainsi que les résultats du laboratoire.

Nous avons cru, de plus, devoir faire faire quelques photographies de quelques-uns de ces cas, et nous les avons obtenues grâce à M. Schaller. Nous n'avons pas voulu les photographier tous, parce que les uns étaient presque calqués sur les autres, et les résultats étaient les mêmes pour tous.

Voici nos documents personnels :

Observation I. — Mlle Alice D..., âgée de 25 ans, couturière, vint le samedi 17 août 1929, consulter notre Maître M. Sabouraud, pour une lésion prurigineuse du cou, datant, d'après elle, de Pâques (31 mars 1929), c'est-à-dire de plus de 4 mois 1/2.

En examinant les lésions, nous avons pu constater que les deux parties latérales du cou étaient occupées par deux lésions pas plus grandes que la paume de la main d'un enfant. Ces lésions présentaient tous les caractères d'une lichénification, c'est-à-dire l'épaississement du tégument, avec exagération du quadrillage, la forme en placard rouge brunâtre, squameux. Les bords de ces placards n'étaient pas limités, mais diffus, et on pourrait, à la rigueur, trouver des petites papules pas plus grandes qu'une tête d'épingle, qui inclineraient à faire penser à un lichen plan.

Ces placards, d'après la malade, avaient commencé plutôt en partant des cheveux et en descendant vers le dos.

Une fine desquamation pourrait, à la rigueur, se voir à la limite des cheveux, mais légère.

Pas de lésions ni sur le cuir chevelu ni sur le corps.

La malade accusait un prurit, mais il n'était pas très intense car nous n'avons pas pu trouver beaucoup de traces de grattage.

Les sillons rétro-auriculaires étaient respectés.

Nous parlerons plus bas des résultats et du traitement, car, pour éviter les redites, nous parlerons collectivement des résultats de nos observations.

Observation II. — (Malade de la Clinique de M. le Professeur Gougerot). — Marguerite Ch..., âgée de 32 ans, ménagère, vint à la grande consultation le 21 septembre, le jour du Service de notre Maître le Professeur Gougerot, pour une éruption des mains datant de quelques jours.

Il s'agissait d'un eczéma aigu, avec les vésicules typiques et la rougeur assez intense.

Mais en regardant la nuque, nous avons trouvé une plaque ovalaire de 4 centimètres de longueur et 5 centimètres de largeur, qui offrait tous les caractères d'une lichénification. D'après la malade, ces lésions se présentaient pour la seconde fois depuis un an, bien que pendant ce temps-là elle n'ait jamais été guérie.

Voici donc un eczéma des mains et une névrodermite de Brocq du cou, datant de plusieurs mois.

Le douzième jour après l'application d'alcool iodé, nous n'avons plus retrouvé les mêmes lésions que nous avions vues au début ; ce résultat a été obtenu par la simple application d'alcool iodé. Nous l'avons présentée à M. Gougerot qui, évidemment, fut satisfait.

Observation III. — M[lle] Suzanne D..., caissière téléphoniste, vient à la Polyclinique de M. Sabouraud, le samedi 5 octobre 1929, pour une petite chute de cheveux et pour une lésion de la nuque qui date de 7 mois, d'après la malade, et peut-être même davantage.

A l'examen de la malade, on constate un petit état séborrhéique et, en dehors de cela, une lésion ovalaire de la nuque, de 4 centimètres de longueur et 3 centimètres de largeur réalisant tous les caractères d'une lichénification ou névrodermite de Brocq.

Mais cette malade présentait un autre signe très caractéristique, c'est-à-dire que le sillon rétro-auriculaire était atteint, mais, chose importante, *après l'apparition des lésions du cou, c'est-à-dire depuis 3 mois à peu près.*

Nous ne voulons pas insister sur les autres points ; mais il nous semble que ce dernier a une valeur soit pour nos recherches dont nous allons parler plus bas, soit même pour nos conclusions, et nous tenons à le signaler dès à présent. Nous revoyons la malade une fois encore, mais nous l'avons perdue de vue depuis lors.

Observation IV. — Le cas suivant (dû à l'obligeance de M. Sézary) semble être un cas assez important et très démonstratif.

La nommée S. L..., couturière, fut envoyée au laboratoire du D[r] Sabouraud, par notre ami, M. Lefèvre, le 25 octobre 1929, pour quelques lésions des mains et du cou, datant d'un an et demi. Elle avait présenté, sur toute la surface interne des mains, paumes et doigts, une fine desquamation ; la peau devenait dure (son expression) et démangeait assez.

Six mois après, elle voit que la surface du cou était prise aussi ; elle a appliqué quelques pommades qui n'ont donné aucun résultat.

Lors de notre examen, nous avons pu constater les lésions suivantes :



Fig. 1.



Fig. 2.

La paume des mains et la surface interne des doigts présentaient une desquamation et un épaississement du tégument et même, par place,

quelques petites fissures avec une rougeur assez intense. Les lésions étaient diffuses et, de-ci, de-là, on pouvait constater quelques papules et un soulèvement épidermique (bien représentés dans la figure 1), mais pas de pustules.

La partie médiane du cou montrait un placard ovalaire, allant jusqu'aux cheveux, de 2 centimètres de longueur et de 4 à 5 centi-

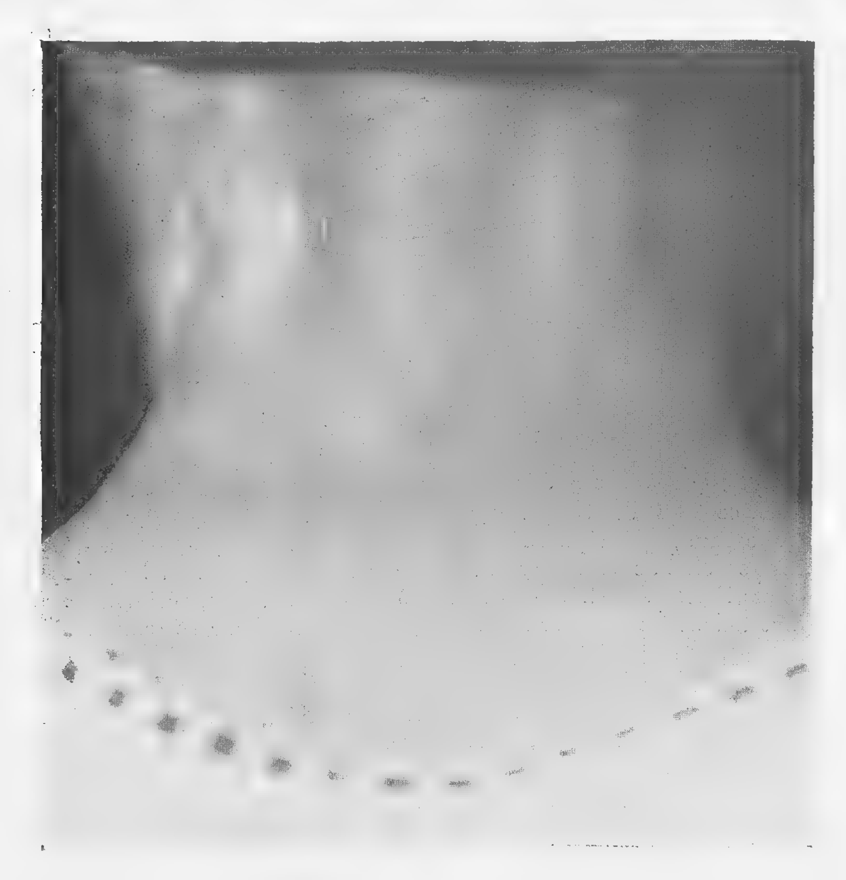


Fig. 3.

mètres de largeur, assez rouge, squameux, à quadrillage exagéré, et un épaississement de l'épiderme, c'est-à-dire une névrodermite assez caractéristique. Le cuir chevelu présentait aussi une fine desquamation sur les bords supérieurs de ces placards.

La figure 2 nous en donne une idée assez précise. Ces lésions du cou datent de 6 mois.

Bien que la malade prétendît qu'elle n'avait pas eu d'autres lésions, nous la fîmes déshabiller et nous découvrîmes, cependant, une autre plaque grande comme une pièce de 5 francs sur la partie externe de la jambe droite et, à distance, deux autres petites plaques, grandes comme une pièce de 50 centimes. Ces lésions dataient de 2 mois.

Sur la région sacrée, une autre plaque existait depuis 1 mois 1/2, grande comme la paume de la main à peu près.

Sur les deux jarrets une plaque pareille, plus grande qu'une pièce de 5 francs, datant de plus de 3 semaines.

Sur les deux coudes et les deux aînes, d'autres plaques grandes comme des pièces de 2 francs, qui remontaient à 8 jours.

Voici donc une lichénification disséminée assez importante.

Comme nous l'avions fait pour les autres malades, nous avons prescrit également de l'alcool iodé au 1/100e tous les soirs, et, en 8 jours, nous avons vu une amélioration tout à fait remarquable se produire chez la malade.

Nous avons quand même continué le traitement et, le 12 novembre nous avons présenté, comme il était de notre devoir, cette malade à M. Sézary ; et nous sommes très heureux de pouvoir noter que M. Darier, qui était présent, a pu constater l'amélioration de la malade et nous dire : « Votre malade se trouve en voie, presque, de guérison ».

Nous avons continué quand même notre traitement, et le 21 novembre, nous avons pris une autre photographie qui peut parler mieux que nous ; c'est-à-dire que les lésions étaient presque guéries (fig. 3).

Dans ce laps de temps, nous l'avons présentée à notre Maître, M. Sabouraud, qui a pu contrôler la guérison mais qui nous a néanmoins conseillé de continuer le traitement et même pendant longtemps, car « ces lésions sont très tenaces et même, on peut dire, récidivantes ».

Nous tenons à remercier notre ami, M. Lefèvre, pour ce remarquable cas.

Observation V. — (Malade du Service de M. Milian). — Albert H..., 40 ans, marié, deux enfants, manœuvre.

Vu le 12 décembre 1929 dans le service de M. Milian pour des éruptions différentes d'aspect, mais qui, probablement, pourraient avoir quelques rapports d'après l'histoire du malade, qui est celle-ci :

Depuis 3 mois, a vu survenir sur le cou des lésions que, dès le moment de l'examen, nous considérons comme une lichénification typique, sur les deux côtés du cou ; l'une, à droite, sur une étendue de 6 centimètres de longueur et 5 centimètres de largeur ; l'autre, à gauche, de 8 centimètres de longueur et 7 centimètres de largeur.

Mais, chose curieuse, 3 semaines après cette éruption, a observé une autre éruption presque généralisée, d'aspect érythémateux, squameux, avec quelques médaillons rappelant par plusieurs points le pityriasis rosé de Gibert.

Est-ce que cette dernière éruption peut avoir des relations avec la lichénification du cou ? (1).

Observation VI (due à l'obligeance de M. Milian). — Marguerite P..., imprimeuse, vue à la Polyclinique de M. Milian, le 4 janvier 1930, pour des lésions différentes d'aspect.



Fig. 4.

(1) Depuis les travaux de M. Perin nous savons que cet auteur soutient l'hypothèse du streptocoque comme agent pathogène probable du pityriasis rosé de Gibert.

Sur le cou, une lichénification tout à fait typique, grande comme la paume de la main (bien représentée par la figure 4), et dont la durée date de 6 ans. La malade, personne un peu nerveuse, accuse une démangeaison assez intense, comme on en voit les traces au niveau des grands placards.

A l'épaule droite, des lésions qui consistent en petites vésicules, en



Fig. 5.

deux groupes d'une vingtaine à peu près, qui sont confluentes, entourées d'une rougeur vive, mais ne s'accompagnent pas de démangeaison. A la surface, on voit des lésions purulentes et du pus qui coule à la pression.

Une autre lésion de même nature se trouve localisée sur le sternum. Pour cette dernière lésion, M. Milian a posé la question s'il ne s'agis-

sait pas d'un impétigo ou, à la rigueur, même, d'un zona, à cause de la disposition des lésions infectées.

Grâce à la bienveillance de notre Maître, nous avons fait des recherches dans son propre laboratoire, qui nous ont donné le streptocoque en chaînette typique.

M. Milian nous a conseillé de recommencer nos recherches, afin d'être tout à fait certain ; ce que nous avons fait de même dans son propre laboratoire. Nous n'avons pu déceler de traces de champignons, mais nous avons retrouvé notre streptocoque comme la première fois.

C'est alors que M. Milian lui-même appliqua l'alcool iodé, et les jours suivants la malade fut satisfaite parce qu'elle avait un soulagement remarquable de sa démangeaison, mais les lésions persistent, améliorées.

Une autre photographie prise le 25 janvier montre clairement comment ce placard qui existait *depuis 6 ans*, après les badigeonnages d'alcool iodé par notre Maître M. Milian (fig. 5), fut amélioré quant à son état squameux. Mais la peau se présente encore épaissie, et donne au toucher la sensation de peau d'orange.

Cela nous indique que le traitement doit encore être prolongé pendant longtemps.

Observation VII (due à l'obligeance de M. Pignot). — Ce dernier cas concerne aussi une femme, âgée de 42 ans, qui est venue consulter M. le Dr Pignot dans le laboratoire du Dr Sabouraud le samedi 4 janvier 1930.

Elle se plaignait d'une chute des cheveux, datant de quelques jours et d'un prurit pour une lésion du cou (« dartres ») datant de plusieurs mois. Lors de l'examen nous avons pu observer une alopécie post-grippale ; le signe de M. Sabouraud (arracher les cheveux derrière des oreilles) était probant. De plus, une plaque de lichénification sur la base du cou, assez diffuse, sans bords limités.

Nous lui donnons le traitement connu et nous renvoyons la malade à deux reprises, après les examens de ses squames.

L'amélioration était évidente et la malade fut satisfaite.

Nous tenons à remercier notre aimable chef, M. Pignot, pour ce cas qu'il nous a très aimablement offert.

Nous avons exposé nos observations, et nous allons parler maintenant de nos examens de laboratoire, et même collectivement car nous avons eu toujours les mêmes résultats pour tous les cas.

C'est-à-dire que nous avons toujours trouvé le streptocoque, au bouillon-pipette (Sabouraud), et même nous sommes très heureux de pouvoir effectuer nos recherches, en dehors du laboratoire de M. Sabouraud, dans le laboratoire de notre Maître M. Milian et sous sa haute surveillance.

Devant ces résultats, nous ne pouvons que penser — bien entendu toujours pour nos cas, et pas pour la névrodermite même — que c'*est le streptocoque qui a produit ces lésions.*

Nous avons mentionné les opinions si autorisées de MM. Sabouraud et Milian, et nous sommes très heureux de pouvoir confirmer ces idées par nos recherches.

Mais, comme il existe toujours dans la médecine des idées contradictoires, d'autres diront que le streptocoque se trouve à la surface de la peau et, par conséquent, que ce n'est pas le streptocoque qui produit ces lésions.

A ce point de vue, nous avons un argument qui résulte d'un travail fait, également, à l'Hôpital Saint-Louis, et dans le laboratoire même de notre Maître M. Milian. Je veux parler du travail de notre regretté frère, Théodore Photinos, qui a pu confirmer d'autres recherches pratiquées avant lui par le docteur Haathausen (1) qui a trouvé 7,7 o/o positifs.

Notre regretté frère avait pratiqué ses recherches exactement sur *les sillons naso-géniens, sur les plis rétroauriculaires et sur le cou et la figure en général,* qui sont habituellement les nids des streptocoques. Et il avait trouvé plus spécialement les chiffres suivants :

	Positifs	Négatifs	Total
	—	—	—
« Dos du nez et sillons naso-géniens . .	27	23	50
« Plis rétro-auriculaires	23	26	49
« Pli du coude.	9	18	27
	59	67	126

« Parmi les 50 personnes sur lesquelles ont été pratiquées ces « recherches, il y en a 32 dont la culture nous a révélé le strepto- « coque ; les 18 autres nous ont fourni des résultats négatifs sur « tous les endroits du corps examinés. Nous constatons ainsi une « proportion de 64 o/o de cas positifs pour 36 o/o négatifs. »

Enfin, cet auteur conclut ainsi :

« Nos exemples montrent que chez les individus n'ayant pas eu antérieurement de lésions streptococciques ou considérées comme telles, *le streptocoque* fait défaut. »

Ce résultat a été communiqué, par lui, à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, le 7 juillet 1927.

(1) *Ann. de Derm. et Syphil.*, n° 4, 1927.

Tout récemment M. Sabouraud a publié un article « sur les dermatoses chroniques streptococciques » (1) et parmi les autres affections, considère clairement *la névrodermite comme une dermite de la même nature*.

Nous sommes très heureux de voir cette opinion formulée par l'homme qui fut le premier à découvrir le streptocoque dans les intertrigos, le streptocoque semblant avoir une prédilection pour les plis naturels (2).

Conclusions

1) Toute l'ancienne dermatologie française avait décrit les « lichens », mais c'est E. Vidal qui décrivit le premier la maladie dont nous venons de parler et il l'avait baptisé « lichen simplex chronique ».

2) Les travaux de M. Brocq ont permis l'identification plus nette de ces processus sous le nom de névrodermite.

3) Cependant M. Milian et Théodore Photinos ont montré un cas de lichénification analogue dû au trichophyton dans une lésion trichophytique chronique.

4) Et nous, dans quelques cas de névrodermites primitives nous avons pu prouver la présence du streptocoque, qui nous semble bien avoir en ces cas une responsabilité causale.

5) La plupart de nos cas concernaient des femmes, fait bien signalé par Brocq.

6) Les bons résultats des applications d'alcool iodé de Sabouraud dans le traitement des intertrigos et pareillement des névrodermites semblent confirmer la nature semblablement microbienne de ces cas en apparence divergents.

7) Sans vouloir apporter une dénomination nouvelle, car plus une maladie a des noms, plus cela cause de confusion dans le langage nous croirions logique de donner à cette névrodermite le nom de « lichénification microbienne ».

8) Il ne faut pas abandonner le malade, même après la guéri-

(1) *Presse Médicale,* 8 janvier 1930, p. 33.
(2) Nous avons insisté sur ce point dans nos recherches sur la fausse teigne amiantacée. Voir *Ann. de Derm et Syph.*, juillet 1929, p. 756.

son, car ces lésions sont très tenaces et nous croyons utile de continuer le traitement pendant assez longtemps après.

En terminant, je me fais un devoir de remercier mon Maître M. Sabouraud pour tous les conseils qu'il m'a prodigués au cours de ce travail.

A cette occasion qu'il me soit permis de lui exprimer ma profonde reconnaissance pour l'intérêt, les encouragements et les excellents conseils qu'il m'a prodigués au cours de trois années de travail dans son laboratoire sous sa haute surveillance.

Ce travail est malheureusement le dernier que je fais sous sa haute direction, du fait de sa retraite volontaire, hélas; ce qui m'oblige de publier mes observations, bien que leur nombre soit un peu restreint, avant de continuer à travailler dans le même laboratoire mais sous la direction de notre Maître M. Louste.

J'exprime également mes vifs remerciements à mes Maîtres MM. Gougerot, Milian et Sézary, qui ont bien voulu mettre d'intéressantes observations à ma disposition et pour les recherches pratiquées dans le laboratoire propre de M. Milian : je lui demeure reconnaissant.

SUR LA QUESTION DU RETARD DE L'OSSIFICATION DANS LA SYPHILIS CONGÉNITALE

Par

G.-J. LANDA et V.-P. PANOW
Assistant Radiologiste
Au premier Institut Ukrainien Dermato-Vénéréologique d'Etat « Glavtsche »
à Odessa.

La syphilis congénitale provoque non seulement diverses modifications spécifiques dans les organes, mais encore, comme le professeur Mguebrow le souligne dans ses leçons « elle agit d'une manière pernicieuse sur le processus lui-même de la formation des cellules et des tissus et entrave le cours normal de leur développement, en sorte que, dans un organe atteint se produisent parallèlement deux processus : l'un qui est purement spécifique et l'autre qui contrarie la formation normale des cellules et des tissus ». Il nous a paru intéressant d'examiner dans quelle mesure la proposition énoncée plus haut pouvait être appliquée à la question concernant le développement des os.

S'il a été possible d'établir une relation entre le retard de l'ossification et quelques maladies : le rachitisme (Fujnami), le myxœdème (Cf. Reyer, et parmi nos auteurs russes, Filatov), nous ne connaissons pas, par contre, de travaux de ce genre concernant la syphilis congénitale. Nous n'avons trouvé qu'une indication chez Kœhler (Gränze des normalen und Anfänge des patologischen *in Rœntgenbilde*, 1924, p. 24) d'après laquelle le processus de la croissance, dans la syphilis, est considérablement retardé. Il remarque que « dans la syphilis, pendant une longue période de temps, il y a un arrêt complet dans la croissance en long des os et la formation des points d'ossification ».



Fig. 1. — Syphilis congénitale en activité. 6 mois. Pas de points d'ossification des os du carpe. Il devrait y en avoir deux.



Fig. 2. — Syphilis congénitale en activité. 8 mois et demi. Pas de points d'ossification des os du carpe. Il devrait y en avoir deux.



Fig. 3. — Syphilis congénitale latente tardive. 6 ans.
Il y a deux points d'ossification des os du carpe. Il devrait y en avoir sept.

C'est sur les os du carpe, comme on le sait, qu'on peut étudier le mieux le processus d'ossification. En examinant les radiogrammes de la région carpienne, nous avons pu, dans nombre de cas, nous convaincre en effet, d'un retard très accentué de l'ossification chez les enfants atteints de syphilis congénitale. Nous citerons quelques exemples. L'ossification du carpe chez un enfant doit-être nettement exprimée vers le troisième mois, sous l'aspect de deux points. Nous n'avons pas découvert ces points chez quelques enfants, ni au quatrième mois et demi, ni au sixième, ni même au huitième et demi. Nous avons même pu remarquer qu'un enfant de 4 ans n'avait que deux points d'ossification (au lieu de quatre), un autre, de 6 ans, en avait trois, un autre avait deux points d'ossification (au lieu de six); enfin, chez des enfants de 7 ans, nous n'avons observé que quatre points d'ossification au lieu de sept (Voir quelques-uns de nos photo-radiogrammes ci-joints).

Il est donc clair pour nous que les syphilitiques congénitaux présentent souvent un arrêt d'ossification très accusé; il nous a paru intéressant, pour cette raison, de vérifier cette proposition sur des données statistiques.

Nous avons procédé de la manière suivante : tous les radiogrammes de la région du carpe ont été confrontés avec le schéma de l'ossification normale. Il existe plusieurs schémas de ce genre. Nous nous sommes servis du schéma de Friedrich Jamin se trouvant dans le *Manuel* et l'*Atlas de diagnostic* radiologique, édité par Grædel (7e tome des atlas de Lehmann, 1924); et nous avons noté dans chaque cas particulier si l'ossification correspondait à la normale, si elle était retardée ou accélérée. Nous avons étudié dans ce but 121 radiogrammes de la région carpienne d'enfants, à partir de 3 mois, époque où les premiers points d'ossification du carpe doivent être dans la normale clairement marqués, jusqu'à 13 ans, quand l'ossification doit-être complètement terminée.

Conformément au tableau clinique que présentent nos données, on peut les classer d'après les groupes suivants :

1. Enfants atteints de syphilis congénitale en activité.
2. Enfants atteints de syphilis congénitale dystrophique.
3. Enfants supposés bien portants, nés de parents syphilitiques.
4. Enfants supposés indemnes de syphilis congénitale et avec antécédents négatifs concernant la syphilis.

Tableau de l'ossification chez les enfants atteints de syphilis congénitale et chez les enfants bien portants.

No des groupes	Age / Résultat — Catégories des groupes	Moins d'un an				Plus d'un an et jusqu'à 4 ans				Plus de 4 ans et jusqu'à 13 ans				Total jusqu'à 13 ans						
															Normale		Retardée		Accélérée	
		Nombre	Normale	Retardée	Accélérée	Nombre	Normale	Retardée	Accélérée	Nombre	Normale	Retardée	Accélérée	Nombre	Nombre	o/o	Nombre	o/o	Nombre	o/o
1	Syphilis congénit. act.	28	14	14	—	9	3	5	1	2	1	1	—	39	18	46	20	51	1	3
2	Syphilis congénit. dystrophique . .	1	—	1	—	12	4	7	1	18	3	13	2	31 (1)	7	22	21	68	3	10
3	Enfants de syphilitiques suppos. bien portants	3	1	1	1	6	1	5	—	4	2	2	—	13	4	31	8	61	1	8
	Total des groupes syph.	32	15	16	1	27	8	17	2	24	6	16	2	83	29	35	49	59	5	6
4	Bien portants quant à la syph. congénit.	21	16	2	3	11	9	1	1	4	4	—	—	36	29	81	3 (2)	8	4	11

(1) De plus, dans deux cas nous avons constaté une ossification irrégulière (anomalie de l'ossification) : ossification plus précoce de certains petits os avec ossification retardée d'autres.

(2) Dans 2 cas le rachitisme a été diagnostiqué.

Le tableau ci-dessus, dans lequel se trouvent également indiquées les catégories d'âge, se rapprochant des périodes normales d'ossification, permet de juger des résultats que nous avons obtenus.

Nous voyons donc que dans tous les groupes de syphilitiques nous avons un retard plus ou moins marqué de l'ossification, en moyenne de 60 o/o; et nous avons obtenu des chiffres un peu plus élevés avec les enfants atteints de syphilis dystrophique (68 o/o) et chez les enfants supposés bien portants, nés de parents syphilitiques (61 o/o). Nous expliquons cette particularité par le caractère que présente l'âge des sujets observés, à savoir : dans ces groupes, comme il est facile de le voir dans le tableau, l'énorme majorité des enfants est âgée de plus d'un an, tandis que dans le groupe d'enfants atteints de syphilis active, la majorité des enfants est âgée de moins d'un an. Avec l'âge le retard de l'ossification devient évidemment plus accusé, ce qui a été aussi remarqué par Fujnami concernant le rachitisme.

Nos données constatent, sans le moindre doute, la forte influence dystrophique de la syphilis congénitale sur l'ossification, au point de vue du retard de celle-ci, même chez les enfants cliniquement et sérologiquement bien portants, mais issus de familles syphilitiques (groupe III). Remarque digne d'intérêt : dans beaucoup de cas nous avons constaté un retard assez accusé de l'ossification, malgré un traitement spécifique d'une intensité suffisante.

Cet état dystrophique, constaté par la radiographie, ne peut-il pas nous servir de signe de diagnostic?

Comme d'autres maladies encore peuvent provoquer un retard de l'ossification, nous ne pouvons pas évidemment considérer ce dernier comme un signe certain de la syphilis congénitale. De plus, par suite de la coïncidence fréquente du rachitisme avec la syphilis congénitale, il est difficile d'exclure en général, l'influence du rachitisme sur le retard de l'ossification chez les syphilitiques congénitaux. Nous supposons donc que l'ossification retardée doit être mise au rang des symptômes probables de diagnostic dans les cas où il n'y a pas d'autre cause expliquant clairement l'ossification retardée, comme par exemple le myxœdème. Mais le degré de probabilité devient d'autant plus grand que le retard de l'ossification est plus accusé, et il se transforme en certitude dans les cas où le retard de l'ossification se combine avec d'autres dystrophies reconnues.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS A PROPOS DU CHANCRE MOU

Par Waldemar E. COUTTS, M. D.
Chef de la Section d'Hygiène Sociale de la Direction Générale de la Santé Publique et chef de la Clinique des Maladies génito-urinaires de l'Université du Chili.

Parmi les maladies connues sous la désignation de maladies sociales, on a accordé une attention prépondérante à l'étude de la syphilis et de la gonorrhée, reléguant au second plan le chancre mou.

S'il est de fait que son rôle au point de vue de la médecine préventive et de l'hygiène sociale et ses effets sur l'individu et sa descendence ne sont pas de la même importance que ceux des deux autres maladies, il n'en est pas moins vrai qu'à notre avis, certains faits méritent d'attirer l'attention des spécialistes.

D'une manière générale, les médecins soutiennent que la fréquence du chancre mou diminue ; nous avons aussi eu l'occasion de faire des constatations semblables. Peut-être l'explication de ce phénomène est-elle dans le fait que, le chancre mou étant une maladie douloureuse, et d'autre part les centres anti-vénériens étant aujourd'hui plus nombreux, les malades s'abstiennent de rapports sexuels et se font soigner plus rapidement. Mais ce n'est pas sur ces points que nous voulons insister ; c'est sur l'inégalité de la fréquence de la maladie entre hommes et femmes.

Dans un total de 14.182 individus atteints de maladies vénériennes enregistrées dans les divers dispensaires de prophylaxie anti-vénérienne de la Direction Générale de la Santé Publique et sous notre surveillance, pendant l'année 1928 et le premier semestre de 1929 on a trouvé le chancre mou chez 941 d'entre eux : 880 hommes et 61 femmes, c'est-à-dire à peu près, une femme pour 14 hommes (1).

(1) A propos d'une étude sur la fréquence des maladies vénériennes dans

Comme ces chiffres que nous venons de signaler appartiennent à plusieurs centres de population, et en conséquence ne peuvent pas donner une idée bien claire de ce que nous voulions mettre en évidence, nous allons considérer isolément les données, à cet égard, que nous fournit l'étude de statistiques appartenant à Santiago.

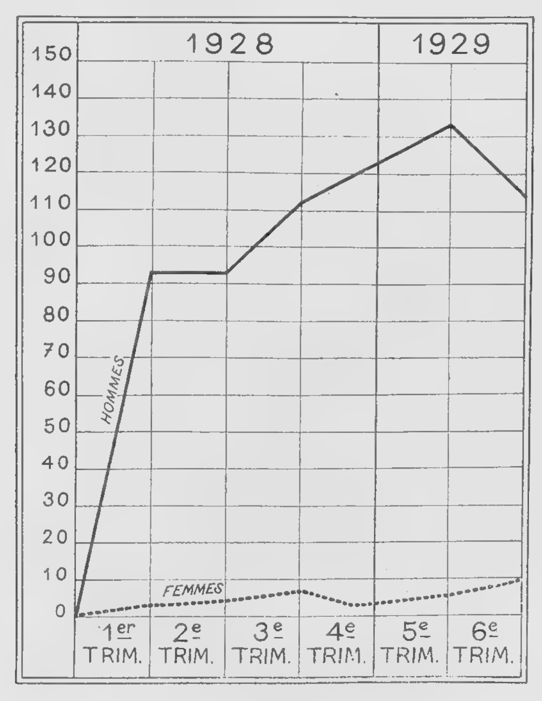


Fig. 1.

Dans le graphique ci-joint, on peut relever encore une fois bien clairement qu'il n'existe aucune relation entre la fréquence du chan-

8.413 cas enregistrés à l'Etat d'Indiana, nous avons trouvé que le chancre mou a été décelé chez 302 hommes et 22 femmes, c'est-à-dire, une femme pour 14 hommes atteints de la maladie. Dans cette étude on ne signale pas la proportion des malades atteintes de chancre mixte (*Public Health Reports*, pp. 3091-3107. Déc. 1920, *U. S. A. Public Health Service*). Selon le rapport du docteur A. H. Desloges de la Division des Maladies Vénériennes du Service Provincial de l'Hygiène de la Province de Québec au Canada (*Rapports Annuels*, pp. 66-67. Ed. Proulx, 1928) pour l'année 1927, le total des nouveaux cas de chancre mou est de 131 (hommes 124 ; femmes 7).

cre dans les deux sexes. La proportion à Santiago est de 28 hommes porteurs de chancre mou pour une femme atteinte de la maladie.

Nous appuyant sur les raisons que nous venons de signaler dans des paragraphes antérieurs, il est logique de supposer qu'une femme atteinte de chancre mou, maladie douloureuse qui empêche le coït, devient une source minime de contagion. De l'étude des fiches sanitaires, nous avons pu aussi établir qu'exceptionnellement une femme apparaît comme infectant plus d'un homme. La même observation était remarquée pour les hommes.

Tous ces faits que nous venons de signaler nous font penser que l'étiopathogénie de l'infection par le bacille de Ducrey-Unna doit présenter certains aspects qui nous restent jusqu'à ce moment inconnus, et qui probablement sont en rapport avec un état de transition du bacille qui demeure comme hôte dans le vagin, ou bien que l'état d'acidité ionique des sécrétions vaginales empêche son développement et qu'il retrouve sa primitive virulence quand il se trouve en contact avec les organes sexuels de l'homme ou bien, chez la femme, quand les conditions de vie lui sont plus favorables.

La bactériologie a la parole.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en décembre 1929.

Annales des Maladies Vénériennes (*Paris*).

Contribution à l'étude de la lymphogranulomatose inguinale (maladie de Durand, Nicolas et Favre), par S. Hellerstrœm. *Annales des Maladies Vénériennes*, 24e année, n° 12, décembre 1929, p. 1077, 7 fig.

Ce mémoire est le résumé, fait par l'auteur, d'un travail paru dans les *Acta Dermato-Venerorologica*, Stockholm : « A contribution to the Knowledge of lymphogranulome inguinale ». Au cours des années 1927 et 1928, H. a pu examiner personnellement 47 malades atteints de cette affection, et on trouvera le résultat de ses observations. A la fin de 1925, Frei avait obtenu, en partant de ces bubons, un antigène qui, inoculé par voie intradermique, donna une réaction spécifique. Plusieurs expérimentateurs ayant utilisé cet antigène ont confirmé ces résultats. Cette réaction est venue apporter une nouvelle preuve de l'autonomie de la lymphogranulomatose inguinale. Des épreuves croisées intradermiques ont pu être faites entre la lymphogranulomatose inguinale et le bubon climatique, et leurs résultats ont montré l'identité — souvent soutenue — de ces deux maladies.

Date d'apparition ; plus de 70 o/o pendant les mois d'avril jusqu'à août. Dans 25 cas, H. a noté des lésions génitales qui ont pu être interprétées comme altérations primaires. La période d'incubation comprend trois semaines environ. Des symptômes généraux ont été notés dans la plupart des cas. Dans quatre cas, un érythème noueux typique est survenu 1 mois 1/2 à 2 mois après le début des premiers signes. Dans 2 de ces cas, l'érythème noueux est apparu au moment où la réaction intradermique de Frei atteignait son maximum. Dans 29 cas sur 47, un examen anatomo-pathologique a été fait, et H. a retrouvé les lésions bien décrites par Durand, Nicolas et Favre. Les examens bactériologiques et les essais d'inoculation à l'animal ont tous été négatifs.

H. a fait la réaction de Frei dans tous les cas, y compris 12 cas vus antérieurement. Elle a donné un résultat positif dans *tous* les cas. Il semble qu'il faut attendre environ 2 mois après le début pour avoir une réaction positive, mais cette cuti-allergie persiste très longtemps

(7 ans, 23 ans même après l'apparition des adénites). La durée d'activité des antigènes n'a pu être déterminée avec précision, il semble que leur pouvoir s'atténue ; pour un antigène, il a gardé la même activité pendant plus d'un an.

Dans 17 cas de chancres mous dont 12 avec bubon, la réaction a été négative. Dans 3 cas de bubons pesteux, elle a aussi été négative. Chez tous les sujets de contrôle, elle a été négative.

L'intradermo-réaction d'Ito-Reenstierna pour le chancre mou a été négative dans tous les cas de lymphogranulomatose et dans tous les cas de contrôle.

Il n'y a pas de supersensibilité à la tuberculine chez les sujets atteints de lymphogranulomatose.

H. insiste sur le fait que l'examen histologique de la lymphogranulomatose inguinale n'est pas suffisant pour établir un diagnostic sûr. L'intradermo-réaction de Frei lui semble le meilleur critère.

Dans un cas, la lymphogranulomatose inguinale a pu être transférée par accident aux ganglions axillaires d'une personne.

Il faut considérer, dit H., la lymphogranulomatose inguinale comme une maladie infectieuse *sui generis* transmise par le coït et exceptionnellement par une autre voie. Sa rareté chez la femme doit se chercher dans l'analogie avec ce qu'on voit dans le chancre mou où le bubon est aussi très rare chez la femme.

L'extirpation complète des adénites lui paraît le traitement de choix, et réduit considérablement le cours de la maladie. H. Rabeau.

La nouvelle loi allemande sur les maladies vénériennes, par Carle. *Annales des Maladies Vénériennes*, 24e année, n° 12, décembre 1929, p. 1097.

Comparaison critique d'une loi soi-disant abolitionniste, avec notre législation soi-disant réglementariste (à propos de l'article du Dr Bergeret analysé dans les *Annales*, n° 1, janvier 1930). Pour C., la loi allemande est « excellente dans ses grandes lignes, non parce qu'elle a revêtu une trompeuse façade abolitionniste, mais justement parce qu'elle a mis une force policière bien organisée au service d'une autorité sanitaire, qui déclanche *légalement* l'action du médecin... un peu aidé par les agents de propagande ». H. Rabeau.

Contribution à l'étude d'une variété verruqueuse de la syphilis tertiaire ignorée Un cas de syphilis cutanée gommeuse superficielle à excroissances hyperkératosiques en foyers multiples et symétriques, simulant remarquablement par son aspect extérieur la tuberculose verruqueuse de la peau, par M. I. Per. *Annales des Maladies Vénériennes*, 24e année, n° 12, décembre 1929, p. 1106.

Cette malade, âgée de 48 ans, chez laquelle on ne retrouve aucun antécédent vénérien, présente sur les genoux des placards nummulaires infiltrés à contours irréguliers, de la dimension d'une pièce de 5 francs, faisant une saillie de 3 à 5 millimètres, entourés d'une zone

érythémateuse de teinte livide rouge-bleu. Leur surface est parsemée de multiples formations hyperkératosiques gris sale fortement adhérentes. Ces placards sont symétriques. Les réactions sérologiques sont négatives. L'examen radiographique du squelette ne décèle aucune altération.

Par contre, lésions pulmonaires tuberculeuses, et forte réaction à la tuberculine.

La symétrie des lésions, leur multiplicité, leur topographie, les douleurs osseuses lancinantes la nuit, incitent l'auteur à tenter un traitement d'épreuve antisyphilitique. Après réactivation, la réaction de Wassermann est devenue positive ; la malade guérit lentement après une cure mixte, KI, Hg et novosalvarsan.

P. pense qu'il s'agit d'une syphilis ignorée, et propose le nom de syphilis verruqueuse. H. Rabeau.

Élimination spontanée de la poche d'un abcès bismuthique et guérison, par Drujon. *Annales des Maladies Vénériennes*, 24e année, no 12, décembre 1929, p. 1120.

Observation d'un malade qui, à sa 6e injection de bismuth, présenta un abcès qui s'ouvrit spontanément 1 mois après. Pendant 7 mois l'abcès suppura, puis un jour D. exprima une espèce de tissu de couleur jaunâtre mortifié, en doigt de gant, et l'abcès se cicatrisa.

H. Rabeau.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Les résultats de la malariathérapie chez les paralytiques généraux à la clinique des maladies nerveuses de la Salpétrière, par G. Guillain et N. Péron. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 3e série, t. CII, 93e année, no 39, 3 décembre 1929, pp. 538 à 545.

Ce travail concerne uniquement des malades relativement calmes au point de vue psychique, ne nécessitant pas de surveillance spéciale, et acceptant sans protester leur séjour à l'hôpital en cure libre ; 57 malades ont été ainsi traités en quatre ans, après confirmation du diagnostic par les examens cliniques et sérologiques convenables.

Les contre-indications sont nombreuses : tuberculose, alcoolisme, aortite, forte hypertension, tares hépatiques ou rénales, ictus cérébral récent, diabète, tabès avec troubles vésicaux, âge supérieur à 55 ans. La souche employée est toujours la même, un *plasmodium vivax* donnant généralement une tierce bénigne, qui est inoculé par voie souscutanée (2 à 3 centimètres cubes de sang tiède injecté extemporanément ou gardé quelques heures additionné d'un peu de citrate). L'invasion fébrile apparaît le cinquième jour, les accès le onzième, en moyenne ; on les arrête vers le neuvième jour avec quatre cachets par jour de 0,25 de chlorhydrate de quinine. Au cours du traitement, on donne de l'extrait surrénal et, après, du cacodylate de soude et un

traitement spécifique arsénobenzolique ou bismuthique. Sur quatre morts (7 o/o), une cause ignorée, un délire aigu chez un alcoolique, deux autres par accidents urinaires avec hématurie chez des tabétiques anciens ayant eu des accidents vésicaux antérieurement. Deux autres décès, très longtemps après l'impaludation, furent causés par des infections intercurrentes.

Seize malades ont dû être internés dans le mois qui a suivi la malariathérapie ; l'une d'elles a pu rentrer chez elle depuis.

Sur trente-quatre malades sortis de l'hôpital, quatorze ont été suivis longtemps, tous nettement favorables.

Chez des malades améliorés, il n'y eut guère de modifications des signes physiques ; souvent coexistent l'amélioration rachidienne et l'amélioration clinique, la réaction du benjoin persistant plus longtemps que toutes les autres.

En résumé, 28 o/o de traitement sans action ; 24,5 o/o d'amélioration physique et mentale ; 35 o/o d'amélioration physique sans modification de l'état mental, mais stabilisation.

M. Souques, qui a traité 11 malades, estime que la malariathérapie est un réel progrès dans la thérapeutique de la paralysie générale, malgré les dangers qu'elle peut avoir, et qu'il n'y a pas à trop regretter les cas de mort, en raison de l'évolution fatale à brève échéance de la maladie abandonnée à elle-même. A. Bocage.

Bulletin Médical.

Clinique et Réaction de Wassermann (à propos d'un récent article de MM. Nicolas et Gâté), par Clément Simon. *Bulletin Médical*, 43e année, nº 53, 14 décembre 1929, p. 1307.

Dans un article intitulé : « La sérologie a-t-elle transformé le problème du diagnostic et du traitement de la syphilis ? » MM. Nicolas et Gâté montrèrent que cette réaction n'a qu'une valeur très relative, puisque dans les manifestations tardives de la syphilis on n'obtient que 50 o/o de positivité, que d'autre part on peut avoir une réaction positive en dehors de la syphilis. Une réaction négative n'a donc pas de valeur ; une réaction positive ne suffit pas à affirmer la syphilis en dehors de toute autre manifestation de cette infection. Une réaction négative ne signifie rien au point de vue thérapeutique. « A maladie chronique, traitement chronique. »

S. est d'accord pour croire qu'il n'y a pas de signe scientifique certain de guérison de la syphilis, mais il défend la valeur de la réaction positive. Quel signe clinique a cette fidélité, et se retrouve dans 95 o/o des cas, lorsqu'il s'agit de syphilis secondaire ? Cette séro-réaction est souvent seule capable de montrer dans le chancre mixte l'élément syphilitique. A la période tertiaire, elle est positive dans 50 o/o des cas ; doit-on négliger un moyen d'information qui, une fois sur deux, nous tire d'embarras ?

La réaction de Wassermann a donc à son avis une très grande valeur. C'est un admirable moyen de diagnostic que l'on doit utiliser. C'est grâce au Bordet-Wassermann qu'a été en grande partie instituée la donnée de la syphilis héréditaire tardive. Recherchée systématiquement chez les prostituées, elle a permis de constater 47 o/o de réactions positives chez des femmes ne présentant pas de signes cliniques. La formule ancienne réaction positive = syphilis ; réaction négative = absence de syphilis, est fausse et dangereuse. Mais on ne doit pas tomber dans l'excès contraire et méconnaître les progrès qu'elle a permis dans le diagnostic de la syphilis. H. Rabeau.

Les verrucomes avec adénites et à structure épithéliomateuse, curables par le 914, par H. Gougerot et P. Blum. *Bulletin Médical*, 43e année, n° 55, 28 décembre 1929, p. 1353.

« Sous le nom de verrucome, il y a lieu de décrire des lésions, d'aspect verruqueux, pouvant s'exulcérer, s'accompagnant d'adénite régionale, ayant histologiquement une structure épithéliomateuse, mais dont l'évolution clinique est favorable, et qui guérissent complètement sous l'influence du 914, alors que la syphilis n'est pas en cause. » Telle est la définition, donnée par les auteurs, de ces inflammations de pathogénie mystérieuse et de structure histologique si troublante par sa ressemblance avec l'épithélioma. On trouvera les trois observations qui ont permis d'isoler cette forme très particulière d'inflammation pseudo-épithéliomateuse sur laquelle il importait d'attirer l'attention.

H. Rabeau.

Dermites professionnelles, par R. Barthélemy. *Bulletin Médical*, 43e année, n° 55, 28 décembre 1929, p. 1355.

Elles sont d'actualité : 1° parce que leur fréquence augmente du fait de l'extension prise par certains produits (hydrocarbures, goudron, chrome...) ; 2° parce que diverses législations tendent à les indemniser en les rapprochant des accidents du travail. « Il ne faudra donc pas s'étonner de la ruée des travailleurs vers la réparation pécuniaire lorsque la loi du 25 octobre 1919 sera étendue aux dermites professionnelles ni des simulations qu'elles entraîneront dans un but lucratif. » Dans cette révue générale, B. en indique les principaux types, montrant comment on doit orienter son diagnostic, quelle est l'évolution habituelle de ces dermites, et, mettant en garde contre la simulation toujours possible, il insiste sur l'importance de l'hygiène individuelle, industrielle et sociale pour prévenir ces dermites. H. Rabeau.

Actinothérapie du psoriasis, par J. Meyer. *Bulletin Médical*, 43e année, n° 55, 28 décembre 1929, p. 1361.

On sait que les rayons ultra-violets permettent de blanchir un certain nombre de psoriasiques. C'est une méthode simple, propre, rapide, qui mérite d'être systématiquement essayée suivant une technique bien réglée. L'accord n'est pas fait sur la modalité de son emploi. Certains

sont partisans des grands bains, la plupart préfèrent les irradiations à forte dose localisée. Avant d'entreprendre le traitement, il faut étudier la sensibilité de la peau au moyen du test sensito-métrique de Saidman qui permet de déterminer le seuil. Si ce seuil est bas, les phlyctènes sont facilement obtenues, les zones irradiées sont blanchies d'un seul coup. Lorsque le seuil est élevé, les résultats sont mauvais, souvent malgré des irradiations prolongées. On pourra toutefois essayer de sensibiliser la peau (gonacrine, éosine), ou associer les rayons aux pommades.

H. Rabeau.

Contribution à l'étude de la pathogénie de l'urticaire. Apparition d'urticaire par arrêt de compression, par L. Gerson. *Bulletin Médical*, 43e année, n° 55, 28 décembre 1929, p. 1363.

Curieuse auto-observation d'un médecin qui, n'ayant pas présenté antérieurement d'équivalent urticarien (asthme, eczéma, rhinite spasmodique, sciatique, etc.), vit apparaître sans cause décelable cette forme très particulière d'urticaire.

Une compression prolongée, non gênante par elle-même (ceinture de pantalon, jarretières), peut être la cause d'une poussée d'urticaire, créée de toutes pièces par l'arrêt brusque de la compression. Les alternatives de pression et de compression provoquent des récidives *in situ*. Une crise de prurit qui semble d'ailleurs être le phénomène primitif accompagne la crise. On note à distance quelques papules aberrantes, non récidivantes *in situ*. G. pense qu'une compression continue apporte un trouble dans la nutrition de la peau, et que l'urticaire témoigne des ruptures d'équilibre vasculaire au moment où cette pression cesse.

H. Rabeau.

Les effets de l'arsenic dans le traitement de la dermatite herpétiforme de Duhring-Brocq et du pemphigus, par O. Eliascheff. *Bulletin Médical*, 43e année, n° 55, 28 décembre 1929, pp. 1366.

La valeur de l'arsenic dans le traitement de ces affections est différemment appréciée. Pour les auteurs français en particulier, elle est médiocre ; les auteurs allemands et anglais ont pu obtenir dans certains cas des guérisons complètes. E. insiste sur l'importance d'un traitement prolongé et à aussi fortes doses que possible. Vu les résultats souvent négatifs de toute autre thérapeutique, ce traitement devra être essayé, mais avec la persévérance et l'énergie indispensables.

H. Rabeau.

Gazette des Hôpitaux (Paris).

Acquisitions récentes sur le chancre mou, par J. Fleury. *Gazette des Hôpitaux*, 102e année, n° 101, 18 décembre 1929, pp. 1821-1824.

Bonne revue générale avec bibliographie sur les formes atypiques du chancre mou, le chancre mixte, l'intradermo-réaction et la bactériothérapie.

A. Bocage.

Les modifications de la protéinémie au cours de l'eczéma, par H. Grenet et G. Bonnet. *Gazette des Hôpitaux*, 102e année, n° 97, 4 décembre 1929, pp. 1745-1748, 3 fig.

Les auteurs ont étudié la protéinémie de 31 eczémateux et n'ont constaté aucune différence notable entre les eczémas de diverses origines, professionnels, toxiques, internes, diathésiques, sauf en ce qui concerne l'ancienneté de ces eczémas. Dans les eczémas essentiels, la protéinémie s'abaisse avec le temps, tandis qu'elle s'élève dans les eczémas artificiels. Il n'y a pas de rapport défini entre le suintement et le taux de l'albumine sérique. L'abaissement des protéines semble aussi en rapport avec l'extension des lésions ; d'ordinaire elle s'abaisse au-dessous de la normale dans les eczémas généralisés. Ces recherches ont été faites au moyen du réfractomètre, et confirment celles de Ribadeau-Dumas sur les troubles du métabolisme azoté dans l'eczéma.

A. Bocage.

Les oscillations paradoxales du Wassermann, par L. Ogliastri. *Gazette des Hôpitaux*; 102e année, n° 102, 21 décembre 1929, pp. 1843-1846.

Revue générale résumant la thèse de l'auteur (Paris, 1929) et plusieurs travaux du Professeur Gougerot.

Il décrit : 1° des oscillations positives survenant chez des malades soumis à des cures intensives et ayant habituellement un Wassermann négatif ; 2° des oscillations négatives chez des malades intensément traités à réactions irréductiblement positives ; 3° des réactions de Wassermann à oscillations lentes et prolongées sans raison thérapeutique ou clinique connue.

Il en conclut que l'on ne saurait voir dans l'évolution des réactions sérologiques la seule base d'une thérapeutique rationnelle, et que pour indiscutable que puisse être la valeur du Wassermann dans le diagnostic de la syphilis, cette réaction ne doit pas être considérée comme exprimant le degré de l'infection syphilitique. A. Bocage.

Journal de Médecine de Paris.

Comment concevoir le traitement actuel de la syphilis dans ses grandes lignes, par R. Levy. *Journal de Médecine de Paris*. 49e année, n° 51, 19 décembre 1929, p. 1077.

L. insiste sur l'importance du traitement précoce, sur l'utilisation de médicaments antisyphilitiques variés, sur la surveillance clinique et sérologique. H. Rabeau.

Traitement des adénopathies tuberculeuses par les rayons ultra-violets, par Mme Henry. *Journal de Médecine de Paris*, 49e année, n° 51, 19 décembre 1929.

L'auteur dit les bons résultats qu'elle a obtenus par ce traitement des adénopathies tuberculeuses à tel point qu'on peut dire que toute adé-

nopathie qui lui résiste n'est pas de cette origine. Héliothérapie ou bains généraux de lampe à arc ou à mercure + bains locaux de lampe à arc + rayons X quelquefois. Elle met à nouveau en garde contre les dangers du traitement par les ultra-violets, de tout tuberculeux évolutif présentant de la fièvre le soir, asthénique et maigrissant.

H. Rabeau.

Lyon Médical.

Psoriasis vrai provoqué par le Novarsénobenzol, par L. M. Bonnet. *Lyon Médical*, t. CXLIV, 61e année, n° 48, 1er décembre 1929, p. 649.

Un jeune homme de 18 ans atteint de chancre syphilitique reçoit une série de novarsénobenzol. Resté sans traitement par négligence, il présente trois mois après une lésion papuleuse syphilitique de la jambe : reprise du novarsénobenzol ; dès la première piqûre, éclosion d'un psoriasis classique.

A propos de cette observation, B. signale que deux observations semblables ont été publiées cette année.

L'explication de pareils faits est difficile. Toxicité ? Biotropisme ? Action de la syphilis ? Le mécanisme reste obscur.

Jean Lacassagne.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Le traitement des eczémas, maladies de sensibilisation, par H Jausion, P. Col et R. Sohier. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 45e année, n° 32, 9 décembre 1929, p. 1378.

Que de chemin parcouru depuis le temps où, en 1923, au Congrès de Strasbourg, Ravaut exposa ses théories sur le rôle de la sensibilisation en dermatologie ! Les auteurs estiment que tous les eczémas témoignent d'une susceptibilité tégumentaire élective au début, souvent générale, ou même de l'existence vis-à-vis de plusieurs substances étrangères dites antigènes. Cliniquement, il se produit une véritable fluxion cutanée et il y a tout lieu de supposer que le système neuro-végétatif préside à la distribution de ces échanges hydriques. L'eczéma admet ainsi de multiples variantes tant en raison du terrain que de la nature de l'antigène.

Le traitement devra s'inspirer de ces principes généraux et s'adapter à chaque cas particulier. Si le malade est jeune, l'antigène connu, la maladie récente, la désensibilisation spécifique s'impose.

Pour les eczémas réputés dyscrasiques ou constitutionnels (brightiques, diabétiques, cancéreux...), l'endo-antigène, en principe insaisissable, doit en fait se retrouver sous les espèces moléculaires très dégradées dans les urines du patient. Si la forme est aiguë et l'exosérose

intense, l'auto-ourothérapie doit être pratiquée. Dans toutes les formes d'eczéma ancien poly-antigénique, la désensibilisation neuro-végétative, l'élévation du seuil de réactivité vago-sympathique peuvent être obtenues par des méthodes générales (auto-hémothérapie, hyposulfite de soude, pilocarpine). Ces procédés seront avantageusement associés à la mithridatisation appropriée.

Pour les eczémas pyococciques ou mycosiques, la biothérapie au moyen de vaccins spécifiques plus ou moins dégradés s'impose. Stok-lyso-vaccin, staphylo-strepto-pyocyanique et claso-vaccin polymycosique pourront conférer au tégument un état réfractaire de durée variable mais pratiquement suffisant.

Certaines formes très parakératosiques, psoriasiformes, pourront être détergées par la chimiothérapie bismutho-arséno-pyridique.

Contre les eczémas solaires, véritables maladies de lumière, la lumino-désensibilisation à la résorcine, à la pyrocatéchine, voire au xylol, pourra être associée à l'administration de désensibilisateurs généraux.

Toutes ces techniques sont aisément maniables, et sans danger.

M. Pasteur-Vallery-Radot fait remarquer que si certains eczémas sont d'ordre anaphylactique, tous ne le sont pas. Il insiste sur les inconvénients et les dangers de la désensibilisation spécifique par voie sous-cutanée ou intradermique. La cuti-désensibilisation lui paraît préférable.

M. Paraf a observé chez un sujet sensible aux émanations de cheval, des accidents après une injection de 1/1000 de centimètre cube de cheval.

M. Flandin fait observer que la cuti-réaction elle-même peut n'être pas sans inconvénients, et peut sensibiliser l'organisme vis-à-vis de la substance employée.

M. Tzanck estime que la désensibilisation même non spécifique peut comporter certains risques, et que toutes les méthodes ne doivent pas faire oublier le traitement local.

M. Milian fait de fortes réserves sur les conceptions de M. Jausion et sur leurs propriétés thérapeutiques. H. Rabeau.

Encéphalite dégénérative chez une syphilitique, par M. Renaud et A. Miget. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 45e année, no 34, 23 décembre 1929, p. 1433.

Observation très intéressante d'une malade qui, ayant contracté la syphilis en 1916 fut traitée jusqu'à 1919, régulièrement. A ce moment, le Bordet-Wassermann du sang était négatif, le liquide céphalo-rachidien examiné en période secondaire présentait albuminose et lymphocytose.

En 1920, surviennent progressivement des accidents méningo-encéphaliques, la malade tombe dans le coma, dont elle sort au bout de quelques jours, présentant une hémiplégie droite avec aphasie. Le Bordet-Wassermann du sang est négatif, celui du liquide céphalo-rachidien est positif. Un traitement syphilitique bien conduit amena

une régression des troubles. Il persista une hémiplégie totale du côté droit avec contracture, et impotence fonctionnelle. L'état général resta bon, mais en 1928, la malade succomba à une tuberculose aiguë à marche rapide.

L'autopsie révéla une atrophie considérable de toute la partie moyenne et centrale de l'hémisphère gauche, et une énorme dilatation ventriculaire. Le tissu n'était pas homogène et présentait sur certains points un aspect vermoulu avec zones de dégénérescence creusées de petites vacuoles d'inégale importance. Ces lésions ont été retrouvées dans toute la partie de l'hémisphère atteinte d'atrophie, et de plus dans la substance grise au niveau des circonvolutions frontale et temporale. Dans tous ces foyers de désintégration, le processus pathologique a frappé spécifiquement les cellules nerveuses et leurs prolongements. Les vaisseaux sont tous perméables, sans réaction inflammatoire, ni épaississement des parois.

Il y a là une véritable encéphalite dégénérative à petits foyers multiples dont la pathogénie est difficile à interpréter.

Les auteurs se demandent si cette affection, bien qu'évoluant chez une syphilitique à une période où sa maladie devait être encore en pleine activité, n'a pas évolué sans présenter aucun rapport de causalité avec la syphilis. Ces lésions sont tout à fait comparables à celles de certaines encéphalites toxi-infectieuses ou franchement parasitaires.

Cette observation montre que dans ce cas où il semblait que la nature syphilitique de l'affection fût l'évidence même, il était difficile d'interpréter d'une façon précise le processus anatomique et d'en reconnaître la cause. H. Rabeau.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

La fièvre aphteuse (des animaux) chez l'homme (Die Maul und klauenseuche-Infektion beim Menschen), par K. Trautwein. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVII, no 4, décembre 1929, p. 241 (avec 3 planches en couleurs).

On a beaucoup discuté sur la transmission possible de la fièvre aphteuse des animaux à l'homme. L'inoculation positive au cobaye et au veau de lésions humaines (Pancera, Gerlach) ne laisse plus de doute sur la réalité de cette transmission.

T. donne une observation recueillie chez un homme de 25 ans, bouvier, soignant des bœufs malades ; il fut inoculé à la suite d'une érosion traumatique du pouce droit. Les accidents débutèrent au bout de 2 jours par de la brûlure, puis des petites bulles qui s'étendirent à la main, avec de vives douleurs. 4 jours plus tard, les 2 mains et le dos des pieds furent couverts de soulèvements bulleux qui guérirent en une semaine par les bains, l'excision, etc. Pas de lésions buccales. La fièvre ne dépassa pas 37°9. Avec le liquide des bulles, T. a infecté les cobayes.

Schönfeld fait suivre le travail de Trautwein d'une note intitulée : « Remarques cliniques sur le diagnostic différentiel du cas précédent » qu'il résume lui-même en ces termes : La fièvre aphteuse peut déterminer chez l'homme des lésions cutanées non spécifiques de forme, avec état normal des muqueuses buccales. Ces lésions peuvent affecter la forme de pyodermites bulleuses des extrémités, et la nature n'en est déterminée qu'expérimentalement par l'inoculation aux animaux.

Ch. Audry.

Pigmentation bismuthée de la muqueuse vésicale (Wismuth pigmentirungen der Blasenschleimhaut), par H. Löhe et H. Rosenfeld. *Dermatologische Zeitschrift,* t. LVII, fasc. 4, décembre 1929, p. 250 (2 fig.).

La cystoscopie montre qu'il existe une pigmentation bismuthée de la vessie ; elle peut se développer soit sur une muqueuse vésicale antérieurement enflammée, soit sur une muqueuse vésicale saine.

Cette pigmentation résultant d'un sulfure de bismuth procède de l'action du colibacille, mais une sulfuration non bactérienne est également possible dans la vessie.

Comme autre symptôme de l'altération des capillaires dans la pigmentation bismuthée généralisée, il faut noter l'existence d'hémosidérine produite dans le rein. Ch. Audry.

Elimination du myosalvarsan (Die Ausscheidung der Myosalvarsans), par Bauer. *Dermatologische Zeitschrift,* t. LVII, nº 4, décembre 1929, p. 255.

La résorption et l'élimination du myosalvarsan en injection intramusculaire s'effectuent comme celles du néo et du sulfoxylsarvarsan. La plus grande partie de l'arsénobenzol injecté s'élimine rapidement de suite après l'injection. 4 semaines après, la plus grande partie est éliminée. Il n'y a pas accumulation d'arsenic dans les intervalles des cures. Ch. Audry.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Dans quelle mesure le lupus érythémateux dépend-il de facteurs généraux ? (Inwiefœrn ist der Lupus Erythematodes von allgemeinen Faktoren abhängig)? par H. Frumd. *Dermatologische Wochenschrift,* t. LXXXIX, nº 49, 7 décembre 1929, p. 1939.

D'après 507 cas observés de 1920 à 1927 à la clinique de Berlin. Il s'agit de la forme discoïde (fixe).

La fréquence varie annuellement de 0,17 à 0,42 0/0.

C'est surtout entre 30 et 50 ans, puis entre 20 et 30 ans qu'on le rencontre.

La chaleur, le froid, etc., ne révèlent aucune influence (si on examine parallèlement aux psoriasis).

De même, population urbaine ou rurale réagissent semblablement.

En mars, les lupus érythémateux commencent à affluer à la cli-

nique, en mai et juin, on en voit le maximum, et ensuite, diminution rapide (de même pour le psoriasis).

La poussée printanière du lupus érythémateux est en rapport avec l'intensité croissante de l'irradiation ultra-violette affaiblie pendant l'hiver. La chaleur de l'été l'accentue, puis il diminue. Mais ce sont des facteurs accidentels.

Sur 85 cas, 22 o/o présentaient des troubles pulmonaires ; 54 o/o paraissaient indemnes de tuberculose. Sur 121 cuti-réactions, 31 o/o négatives. Sur 249 réactions de Wassermann, 23, soit 9 o/o, positives.

Ch. Audry.

Sur la question de l'épilation par le thallium (Beitrag zur Frage der Thalliumepilation), par Katznellenbogen. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 49, 7 décembre 1929, p. 1947.

Conclusion : en cas de récidive après épilation par le thallium, mieux vaut (pour éviter l'intoxication) retarder d'au moins 6 mois l'administration de nouvelles doses de thallium.

Si l'épilation ne s'est pas produite lors du premier traitement par le thallium, mieux vaut ne pas recommencer. Le malade est thallium-résistant.

Ch. Audry.

Chancre syphilitique du vagin (Ein Fall von syphilitischen Primäraffekt au der Vagina), par E. Rudloff. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX. n° 49, 7 décembre 1929, p. 1951.

Rible et ses élèves insistent sur la fréquence méconnue du chancre syphilitique du vagin. R. en donne une observation intéressante en ce que le chancre vaginal était associé à trois autres chancres externes.

Ch. Audry.

Vaccinide nodulaire accidentelle de la langue avec remarques sur la glossite papuleuse aiguë de Michelson (Akzidentelle knötige Vakzineerkrankung der Zunge nebst einigen Bemeruknge zur Glossitis papulosa acuta) (Michelson), par Gottron. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 50, 14 décembre 1929, p. 1967.

Femme de 48 ans, dont la maladie débute brusquement par une vésicule du bout de la langue. Elle présente au bout de 5 jours, sur le dos de la langue 3 élevures nodulaires lisses, recouvertes de pus, une ulcération avec points hémorragiques sur le bord antérieur droit de la langue. Élevure papuleuse sur le voile du palais, adénite sous-maxillaire. Aucun signe de syphilis (réaction de Wassermann etc.). Guérison en 12 jours. Un petit-fils de la malade avait été vacciné 14 jours auparavant. La malade, qui avait une langue plissée congénitale, avait baisé et léché le bras de l'enfant. G. rappelle le travail de Zurhelle sur la vaccine des muqueuses, les observations de Marschik, et il pense que la glossite aiguë papuleuse figurée par Michelson dans le livre de Mikülickz n'est qu'un cas de vaccine linguale. Ch. Audry.

Xanthome en tumeurs associé à des troubles des systèmes endocrines et nerveux (Tumorartigen Xanthomatosis mit Störungen seitens des endo-

krinen und der Nerven-System), par Chalipski et M. Weger. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 50, 14 décembre 1929, p. 1972 (5 fig.).

Une observation de xanthome en tumeurs (doigts, pieds, fesses, etc.), avec bonnes figures, recueillie chez une Grecque de 43 ans.

La maladie aurait débuté à l'âge de 6 ans ; hypercholestérinémie notable (pas de chiffres) ; arc sénile cornéen, bassin étroit ; utérus infantile, aménorrhée. Asymétrie faciale, paresthésie des extrémités ; périostite hypertrophiante des phalanges ; hypofonction sexuelle, etc. ; instabilité et irrégularité fonctionnelle du système neuro-végétatif, etc. En ce cas, le xanthome en tumeurs est associé à des accidents endocriniens et nerveux manifestes. Ch. Audry.

George Arndt, par H. Löhe. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 50, 14 décembre 1929, p. 1980.

Notice nécrologique sur le regretté successeur (1919) de Lesser à la Clinique de Berlin. Arndt était un dermatologiste complet, un clinicien de premier ordre, un esprit large, grand travailleur, fort honnête homme et très sympathique à tous. Ch. Audry.

Sur un cas rare de rhinosclérome de la peau de la face et des voies respiratoires supérieures (Ueber einen seltenen Fall von Sklerom der Gesichtshaut und der oberen Luftnege), par A. Dobrzauski et F. Goldschlag. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 50, 14 décembre 1929, p. 1981 (3 fig.).

Un cas type chez une Polonaise de 44 ans, originaire de Galicie. Outre d'énormes lésions naso-buco-pharyngées, il existe des tumeurs du nez et du sillon naso-génien gauche. Examen histologique caractéristique (sauf l'absence de cellules de Mickulickz). L'électro-coagulation a donné de bons résultats. Ch. Audry.

Mort après une injection intra-veineuse d'arthigon (Exitus lethalis nach intravenöser Artigoninjektion), par Lilienstein. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 50, 14 décembre 1929, p. 1984.

Encore un décès consécutif à l'injection intraveineuse d'un vaccin gonococcique, chez un homme de 25 ans, porteur d'une blennorragie rebelle. Mort en 4 heures ; à l'autopsie, hémangio-fibrosarcome du cœur ; abcès de la prostate. Ch. Audry.

La miscrosporie des enfants (Die Mikrosporie des Kinder), par Werther. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 51, 21 décembre 1929, p. 2007 (3 fig.).

On sait que la microsporie était autrefois peu répandue en Europe centrale. W. en étudie la première épidémie à Dresde. Rien de bien nouveau. Il insiste sur l'existence des formes lisses, pseudo-peladiques. Ch. Audry.

Sur l'Infection focale (Zur Geschichte der fokalen Infektion), par E. Delbanco. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 51, 21 décembre 1929, p. 2014.

D. insiste sur l'importance des foyers d'infection latents dont le meilleur exemple est fourni par les altérations dentaires infectieuses, dont le rôle pathogène ne saurait être exagéré. Le dermatologue ne doit pas en perdre le souvenir dans l'interprétation de plus d'une dermatose. Il peut du reste exister des foyers autres que dentaires, la prostate par exemple. CH. AUDRY.

Sur le chancre syphilitique de la portion vaginale du col utérin (Beitrag zur Kenntniss der syphilitischen Primäraffekt au der Vaginalportion), par M. KAZAROWA. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 52, 28 décembre 1929, p. 2035 (2 fig.).

Un premier cas intéressant parce que K. donne une photographie directe d'un col œdémateux très gros. Dans le second, il s'agit d'une femme enceinte qui portait, outre des lésions vulvaires, un chancre syphilitique sur le museau de tanche d'un utérus gravide de 4 mois (photographie). La malade, traitée accoucha sans difficulté d'un enfant indemne d'accidents apparents. CH. AUDRY.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

L'immunité de certaines régions anatomiques contre les lésions cutanées de la lèpre (Immunity of certain anatomic regions from lesions of skin leprosy), par HOPKINS, DENNEY et JOUANSEN. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XX, n° 6. décembre 1929, p. 767.

H. D. et J. ont constaté que certaines régions du corps sont habituellement, sinon toujours, indemnes de lésions chez les lépreux. Ce sont des régions peu exposées à la lumière, à la chaleur, au froid, aux traumatismes et, en général, à toutes les causes d'hyperémie locale. Les régions qui ne sont jamais atteintes sont : la portion inférieure de la face mastoïdienne du pavillon de l'oreille, la conque, la région latérale, palpébrale du nez, les parties latérales des paupières, les aisselles, les plis sous-mammaires chez la femme, les espaces interdigitaux et le périnée. Le cuir chevelu, le pli naso-labial et le sillon orbito-palpébral supérieur ne sont atteints que très exceptionnellement.

L'immunité de ces régions, contrastant avec les régions voisines qui sont, au contraire, des points d'élection de la maladie, acquiert une véritable valeur diagnostique. S. FERNET.

Le thymol et l'huile de cannelle dans le traitement des teignes du cuir chevelu (Thymol and cinnamon oil in the treatment of ringworm of the scalp), par KINGERY. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XX, n° 6, décembre 1929, p. 797.

K. a exposé dans un travail antérieur (*Arch. of Derm.*, avril 1928) ses recherches sur la valeur antiseptique de certaines huiles végétales volatiles sur les champignons des teignes et a signalé l'action particulièrement active du thymol sur les cultures de ces champignons.

Ses premiers essais de traitement portent sur 12 enfants : onze cas

de microsporie et un kérion. Après avoir coupé les cheveux à la tondeuse on faisait trois fois par jour, des applications d'une solution chloroformique de gutta-percha additionnée d'une solution à 1 o/o de thymol et d'huile de cannelle ; le cuir chevelu était savonné deux fois par semaine et constamment recouvert d'une calotte lavable et fréquemment changée.

Les résultats de ce traitement ont été très encourageants ; sur 12 enfants, il y eut 8 guérisons radicales, 3 guérisons apparentes (non contrôlées au microscope) et une récidive. S. Fernet.

Syphilis tertiaire du sein (Tertiary syphilis of the breast), par Pack et Adair. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XX, nº 6, décembre 1929, p. 806.

En raison de sa rareté, P. et A. citent un cas de gomme syphilitique ulcérée du mamelon chez une femme de 45 ans et exposent les difficultés du diagnostic avec le cancer et surtout avec la maladie de Paget, lorsqu'il s'agit d'une gomme sous-aréolaire. Le diagnostic clinique de gomme syphilitique du sein, étayé habituellement sur la rapidité de l'évolution, l'aspect de la lésion, l'absence d'adhérences profondes et de rétraction malgré l'infiltration importante, ne doit pas être écarté du fait de la présence de quelques ganglions dans l'aisselle.

Dans le cas cité, le Bordet-Wassermann était positif, l'examen histologique confirmait le diagnostic de gomme et la guérison fut obtenue avec quelques injections d'arsénobenzol.

Mais P. et A. signalent qu'ils ont rencontré ce cas unique au cours de 4.000 examens d'affections diverses du sein ; la gomme du sein est donc d'une rareté exceptionnelle et ce serait une erreur de la suspecter trop facilement et de perdre un temps souvent précieux à des examens complémentaires ou des traitements d'épreuve. S. Fernet.

Carotinémie associée au diabète (Carotinemia associated with diabetes), par Wise et Diasic. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XX, nº 6, décembre 1929, p. 862, 4 fig.

W. et D. citent un cas de carotinémie chez une femme diabétique de 27 ans. Le front, les paumes des mains et les plantes des pieds étaient d'une teinte jaune-canari, la poitrine et le dos présentaient une coloration moins vive ; les sclérotiques n'étaient pas colorées. Le sérum et les urines étaient jaunes brunâtres et contenaient de la carotine ; il n'y avait pas d'hypercholestérinémie ni de bilirubinémie.

S. Fernet.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Remarques sur la tuberculine en dermatologie (Remarks on tuberculin in dermatology), par Jadassohn. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, nº 494, décembre 1929, p. 451.

Invité à la réunion annuelle de la Société anglaise de Dermatologie à Oxford, J. y a exposé les problèmes suscités par l'emploi de la tuberculine, dont il se sert depuis plus de 40 ans. Il élimine de son exposé les questions relatives au traitement par la tuberculine car elle ne lui a pas donné de résultats assez appréciables pour qu'il puisse la considérer comme un remède de grande valeur en dermatologie. Il s'attache surtout à l'étude des processus biologiques révélés par les tuberculino-réactions ; il les a pratiquées suivant toutes les techniques connues et aussi sous forme d'applications de la pommade de Moro contenant 50 o/o de tuberculine ; il considère cette dernière comme utile pour obtenir des « réactions de contraste », c'est-à-dire pour comparer la réaction de la peau saine avec celle des lésions : si les lésions réagissent plus activement que la peau saine, leur nature tuberculeuse est probable.

Les symptômes cliniques des tuberculino-réactions sont très variables ; les réactions intenses, nécrotiques, ont l'inconvénient de laisser des cicatrices. La réaction peut être « isomorphe » et reproduire les lésions du malade, le lichen scrofulosorum, l'érythème induré ou des tuberculides papulo-nécrotiques. Le type de la réaction peut aussi dépendre de la technique employée : chez le même malade, l'intradermo peut être suivie d'un érythème induré et la cuti d'un lichen scrofulosorum. Le réseau lymphatique voisin réagit fréquemment aux tuberculino-réactions. En dehors des réactions de longue durée, on observe quelquefois des réactions tardives, n'apparaissant qu'après quelques jours d'incubation, en particulier dans des cas apparemment anergiques. Une réaction éteinte peut se réveiller à nouveau à l'occasion d'une seconde réaction, même lorsque celle-ci est pratiquée longtemps après la première. On observe aussi des réactions paradoxales, plus intenses avec des doses faibles qu'avec des doses fortes. L'intensité des réactions varie sous l'influence des saisons, fait intéressant à rapprocher des modifications saisonnières bien connues des tuberculides.

La valeur diagnostique des tuberculino-réactions est relative. Autrefois, alors que de fortes doses étaient employées, on signalait un certain nombre de réactions non-spécifiques, par exemple, sur des lésions de lèpre, ou d'actinomycose. Il se peut qu'il s'agisse d'infections mixtes, comme certains l'admettent pour les syphilides miliaires lichénoïdes. Mais J. admet plutôt que, lorsque des infections, telles que la tuberculose, la lèpre et la syphilis, provoquent dans l'organisme des réactions morphologiquement semblables, sous forme de structure tuberculoïde, elles peuvent aussi, tout en étant de nature différente, donner des réactions semblables en présence d'un même agent. Du point de vue pratique, ces réactions non-spécifiques, qui du reste sont rares actuellement, n'ont pas de grande importance.

On ne peut guère conclure à la nature tuberculeuse d'une lésion lorsque la tuberculino-réaction est positive en peau saine, encore moins

qu'à la nature syphilitique d'une dermatose, lorsque le Wassermann est positif, puisque les réactions positives à la tuberculine sont d'une extrême fréquence et qu'il peut s'agir d'une affection indépendante. La valeur des réactions négatives est tout aussi relative ; on les observe quelquefois au cours de certaines formes communes de tuberculose de la peau.

Il faut distinguer, parmi les tuberculides, deux groupes : le lichen scrofulosorum, les tuberculides papulo-nécrotiques, l'érythème induré, s'accompagnent toujours de réactions positives ; au contraire, au cours du lupus pernio, des sarcoïdes superficielles et profondes, on trouve très fréquemment des réactions négatives, beaucoup plus fréquemment même que chez les sujets sains. Cette négativité habituelle est si frappante, qu'elle peut servir au diagnostic ; parce qu'elle est associée à la structure tuberculoïde, elle constitue pour J. une preuve de la nature tuberculeuse de ces lésions. Les tuberculides du premier groupe, habituellement positives, peuvent donner des réactions de contraste inverses : la peau saine réagit à la pommade de Moro plus fortement que la lésion, comme si celle-ci, qui n'est en réalité qu'une réaction à la tuberculine, avait épuisé les anticorps locaux.

Le pronostic des lésions tuberculeuses ne peut être établi d'après les tuberculino-réactions qu'avec beaucoup de réserve. Les formes anergiques (lupus pernio, sarcoïdes) n'ont pas un pronostic particulièrement grave, comme il serait logique de l'admettre. Certaines lésions, à réactions intenses, n'ont aucune tendance à la guérison, d'autres, à réactions faibles, guérissent facilement. Certaines lésions du même type, par exemple des lupus, ont réagi différemment à la tuberculine et ont guéri avec la même facilité.

On peut se demander quels facteurs déterminent le type clinique des tuberculoses cutanées et des tuberculides, puisque l'étiologie est la même. Est-ce des types divers de bacilles, des différences de virulence, le nombre des bacilles, la voie de pénétration, la qualité des régions infectées, l'âge des malades, des facteurs constitutionnels ou accidentels ? Toutes les hypothèses sont possibles, mais il semble que c'est la réaction biologique de l'organisme en présence de l'infection qui est le facteur le plus important. C'est lui, justement, que révèle la tuberculine. Il semble que c'est le degré et la qualité de l'allergie qui déterminent les types cliniques. L'inoculation de la tuberculose au cours de la circoncision est suivie de lésions ulcéreuses ; l'auto-inoculation au cours des tuberculoses viscérales avancées, en état d'anergie cachectique, est suivie de lésions incurables. La négativité des réactions au cours du lupus pernio et des sarcoïdes, répond probablement à des conditions spéciales ; J. a vu mourir rapidement de tuberculose pulmonaire des malades porteurs de lupoïdes ou de sarcoïdes. Le développement de l'allergie au cours de l'infection tuberculeuse est très irrégulier, bien plus irrégulier que dans la syphilis et la lèpre. Il en résulte

que l'organisme réagit de façon infiniment variée à l'infection et que les formes cliniques atypiques répondent à des conditions biologiques spéciales. Lorsque nous pratiquons une intradermo à un malade porteur d'une tuberculose cutanée, nous ne sommes renseignés que sur l'état actuel, mais nous ne savons pas si et comment la lésion cutanée a modifié l'état d'allergie antérieure du malade et la complexité du problème reste entière.

J. considère que l'exposé, la définition de ce que nous ne savons pas est toujours le commencement du progrès ; c'est la raison pour laquelle il a voulu exposer tous ces problèmes. S. Fernet.

Un cas de dermatose pigmentaire progressive de Schamberg; étude de la cholestérinémie et de la sidérose épidermique (A case of progressive pigmentary dermatosis (Schamberg), with reference to the blood cholesterol and epidermal siderosis), par Lœwenthal. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, nº 494, décembre 1929, p. 473.

L. a étudié cliniquement et histologiquement un cas de cette affection. Le taux de la cholestérine était normal dans le sang. L'examen histologique donne confirmation à la conception de Pautrier en ce qui concerne la migration du pigment du derme vers l'épiderme. L. a constaté sur ses coupes que des corpuscules même assez volumineux pouvaient être attirés dans l'épiderme par les pseudopodes de certaines cellules qui y sont situées et qui sont probablement de nature endothéliale. S. Fernet.

Bruxelles Médical.

Un cas de chancre digital, par R. Bernard. *Bruxelles Médical*, 10e année, nº 6, 8 décembre 1929, p. 153.

Observation typique d'un chancre du doigt, qui fut pris pendant trois mois pour un panaris. L'examen montra des spirochètes; le Wassermann était positif, par contre l'adénopathie épitrochléenne était peu importante. H. Rabeau.

La fixation de la cholestérine dans la peau, dans les régions protégées ou non de l'action solaire, par A. H. Roffo (Buenos-Ayres). *Bruxelles Médical*, 10e année, nº 7, 15 décembre 1929, p. 174.

L'auteur attribue à une propriété héliotropique de cette substance, la teneur variable de la peau en cholestérine suivant l'action des rayons solaires. Il a déjà signalé l'importance du terrain cholestérinique et étudié l'hypercholestérine du tissu cancéreux, et celle des lésions précancéreuses. Il existerait un rapport entre cette hypercholestérine de la peau et la fréquence des tumeurs cutanées. H. Rabeau.

Action antagoniste des rayons ultra-violets et infra-rouges sur certaines espèces microbiennes, par de Nobele, de Potter et van Haelst. *Bruxelles Médical*, 10e année, nº 8, 22 décembre 1929, p. 196.

Il existe un certain antagonisme entre les rayons ultra-violets et les rayons infra-rouges employés simultanément. Les milieux de culture solides ensemencés en surface avec une émulsion microbienne permettent de l'apprécier facilement.

Les rayons ultra-violets ont une action bactéricide sur les micro-organismes, celle des rayons infra-rouges est plus lente à se manifester (3 fois). Employés simultanément, le colibacille supporte des doses plus fortes d'irradiation que si les rayons ultra-violets étaient employés seuls.

De même la peau supporte une dose plus forte de rayons ultra-violets, quand on les applique simultanément avec les infra-rouges.

H. Rabeau.

Przeglad Dermatologiczny (Varsovie).

Les nouvelles voies dans le traitement de la syphilis, par Walter. *Przeglad Dermatologiczny*, nº 4, 1929, p. 456.

D'après les nouvelles données concernant les phénomènes biologiques en rapport avec la syphilis, on apprend que les phénomènes de défense naturelle jouent un rôle prépondérant dans la lutte de l'organisme contre les tréponèmes, que la peau est, de tous les organes, la mieux armée pour cette lutte et que les arsenicaux, incapables de détruire les tréponèmes *in vitro* et même dans le sang circulant, exercent leur action thérapeutique seulement au sein des cellules en activant, pour ainsi dire, leurs fonctions naturelles de défense.

Il résulte de ces données que l'on peut, dans un but thérapeutique, chercher à intensifier ces phénomènes biologiques de défense, par des médications non spécifiques. Divers procédés peuvent être utilisés dans ce but : les injections de substances non microbiennes (albumine, peptone, lait, etc.), les injections de substances d'origine microbienne (tuberculine, vaccins), les agents physiques (rayons ultra-violets, etc.), les médications stimulantes (décoction de Zittmann, frictions térébenthinées), les inoculations de maladies infectieuses, voire même les inoculations de microbes pyogènes à la peau, afin de stimuler l'état allergique de celle-ci.

W. a associé des traitements non spécifiques au traitement spécifique classique dans des cas de syphilis au début et à des périodes diverses. Il a utilisé le Dmelcos en injections intraveineuses, une huile soufrée (Sulfosin Leo), la vieille décoction de Zittmann (décoction de salsepareille additionnée d'une faible proportion de calomel), les inoculations de paludisme.

Au début de la syphilis, les bénéfices de ces traitements sont difficiles à évaluer puisque les traitements spécifiques seuls suffisent habituellement pour blanchir les malades et négativer leurs réactions humorales. W. se borne donc à enregistrer la constance de ces résultats après les traitements qu'il a appliqués. Les bénéfices apparaissent plus net-

tement lorsqu'on traite des cas de syphilis résistant plus ou moins au traitement spécifique : phénomènes méningés de la période secondaire, syphilis nerveuse à toutes les périodes, irréductibilité des signes sérologiques du sang ou du liquide céphalo-rachidien. Dans ces cas, les médications non spécifiques ont quelquefois une action remarquable ; l'impaludation, en particulier, est suivie d'une diminution rapide des albumines du liquide céphalo-rachidien et de la lymphocytose ; elle réduit le Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien dans beaucoup de cas, celui du sang assez fréquemment, mais plus tardivement. C'est, d'après W., le procédé le plus actif pour améliorer l'état pathologique du liquide céphalo-rachidien à toutes les périodes évolutives de la syphilis.

S. Fernet.

Les lipases du sérum sanguin dans la syphilis, par Grzybowski. *Przeglad Dermatologiczny*, n° 4, 1929, p. 505.

Nous ne connaissons pas exactement le mécanisme de l'immunité et de l'allergie dans la syphilis. En raison de certains arguments cliniques comme celui de la modification du taux des graisses et des lipoïdes du sérum, la fréquence de l'athérome artériel, l'affinité des tréponèmes pour les tissus riches en graisses, tels que le foie, le tissu nerveux, et en raison d'arguments chimiques comme celui de la structure lipoprotéidique des tréponèmes, on a émis l'hypothèse que les graisses jouaient un rôle dans les phénomènes biologiques de la syphilis et on s'est attaché à l'étude des lipases du sang (ferments dissolvant les graisses). Le fait que la plupart des antigènes utilisés pour la réaction de Bordet-Wassermann sont préparés avec des organes riches en graisses, que les floculats des réactions de floculation seraient constitués, en majeure partie, par des lipoïdes, sont encore des arguments en faveur de cette hypothèse.

Une théorie séduisante a été émise par Bergel : le corps des tréponèmes est entouré d'une couche lipoïdique ; à la période de généralisation de la syphilis, il y a lymphocytose et adénopathie ; à la période de fixation des tréponèmes dans les organes, il se forme des infiltrats de lymphocytes et de plasmocytes. Les lymphocytes sécrètent un proferment lipolytique qui, sous l'influence du complément du sérum, se transforme en un ferment, une lipase, qui dissout la couche lipoïdique des tréponèmes. Bergel a constaté à l'ultra-microscope la dissolution des tréponèmes en présence des lymphocytes. A l'appui de cette théorie on peut rappeler qu'une diminution notable des lipases a été observée chez les tuberculeux en évolution, que les épanchements riches en lymphocytes contiennent beaucoup de lipase, contrairement aux épanchements riches en polynucléaires (Fiessinger et Marie) et que les épanchements de nature tuberculeuse sont doués d'une action dissolvante sur les gaines des bacilles de Koch.

La connaissance de ces faits a conduit G. à étudier les lipases, chez les individus sains et les syphilitiques, dans le sérum, le liquide céphalo-rachidien, les tissus normaux et pathologiques.

L'évaluation du taux des lipases est basée sur les modifications physico-chimiques du liquide examiné (solution de tributirine à 50 o/o) à la suite de l'hydrolyse des graisses par les lipases et de leur transformation en acides gras ; on pratique le dosage des acides gras ou bien on enregistre les modifications de la tension superficielle du liquide (méthode de Rona et Michaelis et ses dérivés). La rapidité de la réaction dépend de l'acidité du milieu en *p*H ; elle est le plus rapide dans un milieu dont *p*H = 8,60 ; il est utile de la pratiquer aussi dans un milieu dont *p*H = 7,60. La quinine et l'atoxyl, même à faibles doses, empêchent l'hydrolyse de la tributirine, en paralysant en quelque sorte l'action des lipases. D'après Rona, l'inhibition des lipases par la quinine et l'atoxyl est constante, sauf lorsqu'il existe une affection du foie avec altération du parenchyme ; dans ce seul cas les lipases résistent à l'action de la quinine et de l'atoxyl et sont dites quinio-résistantes. On admet alors qu'il y a deux lipases : une quinio-sensible, normale et une autre quinio-résistante, qui serait formée dans le foie.

Le travail considérable fait par G. n'a pas fait ressortir de faits frappants. La quantité de lipases dans le sérum des syphilitiques est variable comme chez les individus sains, mais paraît varier dans des limites plus larges. Aucun rapport constant n'a pu être établi entre le taux de la lipase et une forme évolutive particulière de la syphilis. Les variations du taux des lipases sont irrégulières aussi bien dans les syphilis non traitées qu'après les traitements. L'action inhibitrice de la quinine et de l'atoxyl se manifeste aussi nettement chez les syphilitiques que chez les sujets normaux. Dans deux cas d'altération certaine des cellules hépatiques (ictère syphilitique, intoxication arsénobenzolique) G. n'a pas constaté la présence de lipase quinio-résistante, ce qui ébranle les affirmations de Rona sur la présence de ces lipases chez les hépatiques.

Il n'y a donc pas de base suffisante pour admettre l'existence d'un rapport entre les processus naturels de défense de l'organisme syphilitique et le taux des lipases. S. FERNET.

La sensibilisation aux arsénobenzènes, par KAPUSCINSKI. *Przeglad Dermatologiczny*, 1929, n° 4, p. 565.

Les accidents consécutifs à l'emploi des arsénobenzènes (phénomènes angio-neurotiques, érythrodermies, purpura, encéphalite hémorragique), ne sont pas de véritables accidents anaphylactiques. L'emploi de séries toxiques d'arsénobenzol ne leur imprime aucun caractère clinique spécial ; les phénomènes toxiques observés sont identiques aux complications habituelles des séries non toxiques et ne s'en distinguent que par leur plus grande fréquence. Il s'agit donc de phénomènes paraissant résulter d'une sensibilisation spéciale de certains organes vis-à-vis de l'arsénobenzol, sensibilisation se traduisant par une exagération des réactions cellulaires au contact du médicament. Les symptômes varient suivant l'organe sensibilisé : le système angio-neurotique

est habituellement sensibilisé en premier, puis le foie, la peau, etc. Ces phénomènes sont exactement assimilables à ceux qui sont observés dans les affections professionnelles : la sensibilité est variable suivant les individus, mais d'autant plus fréquente que le produit est plus toxique. Dans les phénomènes strictement anaphylactiques, la toxicité de l'antigène n'intervient pas. Il existe, dans l'industrie du benzol, des accidents hémorragiques analogues à ceux de l'arsénobenzol.

S. Fernet.

Acta Dermato-Venereologieca (Stockholm)

Lymphogranulomatose généralisée d'une extension remarquable, évoluant sous l'aspect clinique du mycosis fongoïde (Contribution à l'étude de la parenté de ces deux maladies) (Generalisierte Lymphogranulomatose von ungewöhnlicher Ausdehnung, unter dem klinischen Bilde der Mycosis fongoides verlaufend), par Georg Ludwig Mousson. *Acta Dermato-Venereologica, Stockholm,* vol. X, fasc. 3, juillet 1929, p. 187, 8 figures

L'auteur, après un aperçu des travaux sur la lymphogranulomatose de Paltauf-Sternberg, décrit un cas diagnostiqué cliniquement comme un mycosis fongoïde. La malade, Italienne âgée de 39 ans, présentait depuis trois ans des lésions polymorphes, en partie des tumeurs disséminées sur toute la surface cutanée et des ulcérations à bords nets. On trouva à l'autopsie des lésions étendues des organes internes : des ganglions, du cœur, des poumons, du foie, des reins, des surrénales, de la thyroïde, de l'utérus, de l'ovaire, de la dure-mère et de la langue.

L'examen histologique montra dans la peau, ainsi que dans les tumeurs des organes internes, la structure typique de la lymphogranulomatose de Paltauf-Sternberg, avec absence presque totale de cellules éosinophiles et une grande richesse de cellules géantes de Sternberg.

La localisation du tissu lymphogranulomateux typique dans l'ovaire n'a pas été encore décrite, sa structure n'y diffère pas de celle rencontrée dans les autres organes. La formation de nodules lymphogranulomateux dans le myocarde est aussi une grande rareté.

Malgré la dissémination généralisée, la rate a été épargnée. L'auteur est enclin à penser que la non-participation de la rate au processus lymphogranulomateux est un manque de défense vis-à-vis de l'infection et la cause de cette grande extension des lésions.

Les lésions cutanées montrèrent en partie la structure typique de la lymphogranulomatose, en partie celle si proche du mycosis fongoïde, la distinction fut morphologiquement impossible. On trouve en plus beaucoup d'analogie ou même une grande ressemblance entre ces deux maladies. L'auteur conclut, que l'opinion de Ziegler sur l'identité de ces deux maladies, c'est-à-dire que le mycosis fongoïde est une lymphogranulomatose isolée, est justifiée. Cette question ne peut naturellement être définitivement résolue qu'après la connaissance de l'étiologie de ces deux maladies.

Olga Eliascheff.

L'étiologie et la prophylaxie des troubles méningitiques après la ponction lombaire (le rôle des aiguilles fines et de la canule double d'Antoni-Weschselmann) (Ueber die Eutiologie und Prophylaxie der meningitischen Beschwerden nach der Lumbalpunktion (Bedeutung der dünnen Nadeln und der Antoni-Wechselmann'schen Doppelkanüle), par J. D. Perkel et F. J. Tarsis. *Acta Dermato-Venereologica, Stockholm*, t. X, fasc. 3, juillet 1929, p. 234.

Les auteurs apportent les résultats obtenus dans 460 cas (femmes) de ponctions lombaires avec des aiguilles d'un diamètre différent. Ils utilisèrent des aiguilles de plus en plus fines pour s'arrêter à la canule double d'Antoni-Wechselmann. Leurs conclusions sont les suivantes : la fréquence, la durée, l'intensité des manifestations méningitiques diminuent avec la diminution du diamètre de l'aiguilie, qui sert à la ponction. Le meilleur moyen prophylactique du méningisme est donc la ponction avec une aiguille fine (maximum 1 millimètre de diamètre externe) et surtout avec la canule double d'Antoni-Wechselmann, grâce au petit calibre de son aiguille interne. La technique de la ponction avec cette canule est plus compliquée et plus difficile.

Olga Eliascheff.

La fluorescence visible chez l'homme (Ueber sichtbare Fluoreszenz beim Menschen), par Sigwald Bommer. *Acta Dermato-Venereologica*, t. X, fasc. 4, septembre 1929, p. 253, 12 figures.

Les rayons ultra-violets, contrairement aux rayons X, n'ont pas été jusqu'à présent utilisés dans un but de diagnostic. Les rayons ultra-violets et les rayons X sont tous les deux invisibles. Les rayons ultra-violets comme les rayons X sont capables d'impressionner la plaque photographique et de produire une fluorescence visible de certaines substances. Par un dispositif spécial, B. a réussi à produire une fluorescence visible et à utiliser les rayons ultra-violets pour le diagnostic.

Les rayons du spectre ultra-violet ne pénètrent pas profondément, on ne peut examiner par ce procédé que des couches très minces, c'est-à-dire superficielles.

Les résultats obtenus sont les suivants : On constate dans la couche cornée de la peau humaine normale deux teintes différentes en fluorescence : la teinte jaune ou blanc bleuté avec tous les tons intermédiaires. La coloration dépend de l'épaisseur de la couche cornée, de l'âge du sujet et de la teneur en eau de la couche cornée ; l'intensité et la durée de la fluorescence sont inversement proportionnelles à la teneur en eau de cette couche. Dans des parties déterminées de la face (sillons naso-géniens, sous-labial, racine du nez, le front à la limite du cuir chevelu, pavillon des oreilles), les orifices pileux sont remplis d'une masse donnant une fluorescence rouge, due à la présence du sebum des glandes sébacées. Cette fluorescence rouge existe dans l'âge mûr et disparaît à un âge avancé. Le dos de la langue, les dépôts du collet des dents donnent souvent aussi une fluorescence rouge, les dents une fluorescence blanche, les dents de lait bleu clair ; les fausses dents ne

donnent pas de fluorescence. La sclérotique et la cornée donnent une fluorescence blanc-bleuté, l'iris reste incolore. Le cristallin se teint chez les enfants en jaune-vert, chez des sujets au-dessus de 13 ans en gris-bleuté ou en blanc-bleuté.

Les anomalies de la pigmentation cutanée deviennent beaucoup plus visibles à la lumière ultra-violette qu'à la lumière du jour, grâce à la fluorescence du tissu conjonctif du derme. On trouve fréquemment des anomalies de la pigmentation même dans les régions qui à l'œil nu paraissent normalement pigmentées (vitiligo, leucodermie psoriasique). L'auteur a constaté des troubles de la pigmentation 12 ans après une pigmentation solaire localisée, 20 ans après la guérison d'un eczéma. La peau de presque tous les hommes de race blanche présente des éphélides visibles aux rayons ultra-violets. On distingue d'après leur volume et leur teinte des taches de rousseurs de différents types : les taches pigmentaires des sujets à cheveux roux représentent par leurs dimensions, leur teinte, leur localisation et leur dissémination, un type spécial. Ces taches relativement grandes et claires des sujets roux ne se rencontrent pas chez des sujets à cheveux blonds ou foncés, mais on les rencontre chez des sujets non roux, qui ont des membres de leur famille à cheveux roux. Les anomalies de la kératinisation de la peau malade se distinguent par la couleur et la façon de leur fluorescence : on peut révéler par les rayons ultra-violets chez des eczémateux des foyers d'eczémas latents sur une peau paraissant saine. La face interne des squames du psoriasis donne une fluorescence rouge, les verrues séniles du tronc un jaune intensif. On constate dans la majorité des cas de lupus érythémateux de la face une augmentation très nette de la fluorescence rouge des orifices pileux.

Les examens par les rayons ultra-violets sont d'une grande valeur pour le diagnostic des mycoses cutanées, spécialement pour la Microsporie et le *Pityriasis versicolor*. Les poils apparaissent d'une teinte verte dans la microsporie, les foyers du *Pityriasis versicolor* jaune verdâtre. Les cultures des cheveux microsporiques ne montrent pas de fluorescence verte ; habituellement la fluorescence provient des filaments mycéliens, mais pas des spores. L'auteur, après de nombreuses expérimentations, a réussi à obtenir des images microscopiques fluorescentes des éléments mycosiques. OLGA ELIASCHEFF.

La réaction de conglomération de Muller (Ueber die Müllersche Ballungsreaktion. M. B. R.), par VLADIMIR FRANKOVIC. *Acta Dermato-Venereologica, Stockholm*, vol. X, fasc 4, septembre 1929.

L'auteur a examiné 1.458 cas provenant de malades observés cliniquement par les méthodes sérologiques suivantes : réactions de conglomération de Müller, Bordet-Wassermann, Sachs-Georgi et la réaction d'opacification de Meinicke. La réaction de Müller se montra supérieure à celle de Bordet-Wassermann dans 12,21 o/o des cas ; dans 9,9 o/o à celle de Sachs-Georgi et dans 13,20 o/o à la réaction de Meinicke.

La réaction n'est pas absolument spécifique, mais elle est, d'après l'auteur, bonne et facile à lire. Elle est d'une grande valeur à côté des autres réactions sérologiques. OLGA ELIASCHEFF.

La radiothérapie de l'eczéma (Ueber die Rœntgenbehandlung des Eczems), par E. BJORLING. *Acta Dermato-Venereologica, Stockholm*, t. X, fasc. 4, septembre 1929, p. 316, 4 figures.

L'auteur précise certaines règles à observer dans le traitement de l'eczéma par les rayons X. Ce traitement ne doit être institué que s'il est inoffensif. Dans ce but il faut instituer dans le dosage des rayons une unité biologique expérimentée sur le vivant et employer des doses aussi petites que possible (1/10 à 1/2 H) exactement mesurées, surtout dans les eczémas suintants. La dose doit être graduée suivant le degré d'irritation de l'eczéma ; une seule filtration est suffisante pour tous les eczémas. Il faut toujours essayer de traiter l'eczéma, au moins pendant quelques semaines, par d'autres méthodes et alors, si le résultat est tout à fait insuffisant, on peut recourir au traitement par les rayons X. Les résultats de l'irradiation ne doivent être jugés que plusieurs semaines après l'application des rayons.

L'auteur apporte un certain nombre de cas d'eczéma traités par de petites doses de rayons X et note les bons résultats obtenus.

OLGA ELIASCHEFF

Contribution à l'étude de la névrodermite circonscrite de Brocq (Lichen simplex chronicus Vidal). Prurit circonscrit avec lichénification de Brocq). Historique, clinique et anatomie pathologique. (A la mémoire du dermatologiste génial Louis Brocq), par L. N. MASCHKILLEISSON et I. IOUKELIS. *Acta Dermato-Venerologica, Stockholm*, t. X, fasc. 5, novembre 1929, p. 371, 3 figures.

Les auteurs ont suivi de plusieurs mois à un an 30 malades de 19 à 60 ans atteints de névrodermite circonscrite avec des localisations des plus variées : face, nuque, plis du coude et creux poplité, cuisses, jambes, scrotum. Les recherches avaient pour but direct l'étude anatomo-pathologique de cette affection et son diagnostic différentiel avec les eczémas chroniques. D'après les auteurs, trois moments sont indispensables pour le développement de cette dermatose : 1° un prurit primitif d'étiologie encore inconnue ; 2° un traumatisme, suite de grattage ; et 3° une prédisposition particulière de la peau qui répond aux excitants mécaniques par la lichénification.

La névrodermite diffère sensiblement par son évolution et par le « type constitutionnel des téguments des sujets atteints » des eczémas chroniques, ainsi que par son histologie ; la tendance à la vésiculation est dans la névrodermite circonscrite très limitée, tandis qu'elle est un caractère essentiel de l'eczéma. OLGA ELIASCHEFF.

Suite des recherches sur la fluorescence visible chez l'homme (Weitere Untersuchungen über sichtbare Fluoreszenz beim Menschen), par SIGWALD BOMMER. *Acta Dermato-Venereologica, Stockholm*, t. X, fasc. 5, novembre 1929, p. 391.

Dans une seconde publication sur la fluorescence visible chez l'homme (*Acta dermat. venereol.*, vol. X, fasc. 4, septembre 1929, p. 253), B. apporte les résultats de deux méthodes trouvées par lui pour obtenir des images microscopiques à la lumière de la lampe de quartz, dont une méthode à l'ultra-microscope.

Les examens ont été pratiqués sur des coupes de la peau et des organes de cadavres humains. La fluorescence reste intacte aussi après la fixation des tissus par le formol. Les tissus et les inclusions tissulaires donnent des fluorescences différentes.

On obtient pour l'examen par les rayons ultra-violets une coloration élective des noyaux par une solution très diluée de trypaflavine. Les solutions à 1 pour 400.000 et à 1 pour 1.200.000 donnent une forte fluorescence en vert de la couche cornée et des noyaux, surtout des noyaux des cellules épithéliales et ceux de l'endothélium vasculaire. Les noyaux des cellules conjonctives sont colorés en jaune. Les fibres élastiques dans des coupes non colorées donnent une fluorescence très intensive (tissu élastique de la peau, des parois vasculaires, des poumons).

On trouve régulièrement dans le muscle cardiaque de sujets âgés des inclusions sous forme de granulations de teinte jaune brunâtre, la même teinte apparaît dans la zone réticulée des surrénales et dans les cellules hépatiques au voisinage de la capsule de Glisson.

L'épithélium des glandes sudoripares contient toujours des granulations donnant une fluorescence jaune-or. Des granulations de la même teinte se trouvent en amas dans les coupes du cerveau et de la moelle épinière, principalement dans la substance grise, ainsi que dans les cellules épithéliales de la thyroïde, des reins, de la prostate et disséminées dans la couche musculaire des artères des sujets âgés, dans l'intima athéromateuse des vaisseaux (surtout dans l'aorte) et dans la tuberculose pulmonaire.

Ces granulations résistent à tous les réactifs qui dissolvent les lipoïdes ; par contre, l'auteur a pu déterminer la solubilité de la substance (sécrétion sébacée) des follicules de la face avec la fluorescence en rouge (décrite dans son travail antérieur). Cette substance se comporte comme la coproporphyrine et la porphyrine, mais l'auteur ne peut apporter la preuve spectroscopique de leur identité.

Les examens microscopiques et bactériologiques semblent démontrer que la substance donnant une fluorescence en rouge soit une porphyrine formée grâce à une synergie des bactéries avec les micro-organismes parasites des orifices folliculaires.

B. attire l'attention sur l'importance comme sensibilisatrice vis-à-vis de la lumière de la présence d'une porphyrine dans les orifices folliculaires surtout à la face : les épithéliomes cutanés se développent avec préférence autour des follicules qui donnent cette fluorescence en rouge.

Il reste à savoir s'il n'existe pas dans le tractus intestinal, dans la peau ou dans les aûtres organes du corps humain de groupes bactériens symbiotiques qui régularisent par la production de la porphyrine notre sensibilité vis-à-vis de la lumière ou au moins qui ont sur elle une certaine influence. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de la pathogénie de la kératodermie gonococcique, (A contribution to the question of the pathogenesis of gonorrhoic keratodermia), par F. LIDSTROM. *Acta Dermato-Venereologica, Stockholm,* t. X, fasc. 5, novembre 1929, p. 457.

Un malade âgé de 35 ans présenta 2 mois après une infection blennorragique des lésions articulaires et une éruption cutanée disséminée sur le corps, surtout prononcée sur les jambes. Pas de gonocoques dans l'urèthre ; on trouva dans les lésions cutanées des pieds des diplocoques Gram-négatifs. Le malade meurt d'une endocardite ulcéreuse avec néphrite et splénomégalie. L'ensemencement donna des cultures pures de gonocoques dans les organes internes. OLGA ELIASCHEFF.

Sur l'application du cholevale dans le traitement du sycosis simple, par MARIAN de MIENISCKI et EMIL de SAWICKI. *Acta Dermato-Venereologica, Stockholm,* vol. X, fasc. 6, décembre 1929, p. 463.

Le traitement du sycosis non parasitaire par le cholevale a donné aux auteurs dans 10 cas sur 12 des résultats très satisfaisants. On badigeonne deux fois par jour les lésions avec une solution de cholevale de 5 à 10 o/o. Cette solution irrite rarement la peau et n'exige pas l'épilation des poils. OLGA ELIASCHEFF.

La réaction d'éclaircissement de Meinicke (M. K. R.) (Ueber die Klärungsreaktion von Meinicke), par VLADIMIR FRANKOVIC. *Acta Dermato-Venereologica, Stockholm,* vol. X, fasc. 6 décembre 1929, p. 503.

F. a examiné 1.401 sérums par la nouvelle réaction d'éclaircissement de Meinicke. Il la trouve supérieure à celle de Wassermann, de Sachs-Georgi et à la réaction d'opacification de Meinicke. Les réactions non spécifiques ont été relativement rares. La M. K. R. paraît très sensible dans la syphilis latente. D'après l'auteur, elle doit être pratiquée dans tous les cas de syphilis latente avant d'interrompre tout traitement. OLGA ELIASCHEFF.

Sur un cas de lupus miliaire acnéiforme disséminé de la face et les recherches des sérocutines (Ueber einen Fall von Lupus miliaris disseminatus faciei acneiformis und anschliessende Untersuchungen über Serumkutine), par FR. KOGOJ et VLAD. FRANCOVIC. *Acta Dermato-Venereologica, Stockholm,* vol. X, fasc. 6, décembre 1929, p. 509.

Cas d'un lupus miliaire acnéiforme disséminé de la face chez un homme de 24 ans. La réaction de Pirquet fut totalement négative, même pratiquée sur les lésions. L'intradermo-réaction à la tuberculine avec une solution de 1 pour 10.000 fut positive.

L'examen histologique montra une structure folliculaire typique avec

caséification centrale, un grand nombre de cellules épithélioïdes, cellules géantes, lymphocytes. Présence de bacilles acido-résistants colorés par la méthode de Klingmuller-Dietrich (Modification de la coloration de Ziehl-Nielsen). Amélioration rapide avec guérison complète par des injections intradermiques de tuberculine et les irradiations par la lampe de quartz.

Vu la différence des réactions du malade à la tuberculine, négative au Pirquet, positive au Mantoux, les auteurs proposent le nom d'« Anergie dissociée ».

Dans une seconde partie de la communication, les auteurs décrivent leurs recherches et la preuve de la présence de procutines et anticutines dans le sérum des tuberculeux, des non-tuberculeux et dans le sérum des rats et des cobayes. OLGA ELIASCHEFF.

Vratchebnaïa Gazéta (Leningrad)

Erythème scarlatiniforme d'origine paludéenne, par P. P. MOUFEL. *Vratchébnaïa Gazéta*, n° 23, 15 décembre 1929, pp. 2737-2738.

L'auteur a observé un cas curieux chez un homme de 30 ans. En 1923, le sujet a habité une région palustre. Depuis lors et jusqu'en 1929, il fut atteint à plusieurs reprises d'état fébrile accompagné d'une éruption érythémateuse aux extrémités, au tronc et à la tête. Au bout de 2-3 jours, l'érythème desquamait en lambeaux étendus, surtout aux mains, face dorsale et palmaire. L'éruption était prurigineuse. Les médecins consultés ont fait des diagnostics divers, par exemple, rubéole, érythème noueux, etc. L'auteur constate du dermographisme et une rate légèrement volumineuse. Au moment d'un accès fébrile, le sang montre des hématozoaires de la malaria. Le traitement par la quinine guérit le malade. L'auteur souligne le polymorphisme du paludisme et la signification de l'examen du sang qui a servi à confirmer le diagnostic. BERMANN.

Le traitement de la variole par l'ichtyol, par A. E. MAIZELS. *Vratchébnaïa Gazéta*, n° 23, 15 décembre 1929, p. 2743.

La variole est très fréquente au Turkestan et l'on n'y attribue aucune importance, car on la soigne au domicile du malade, sans s'adresser au médecin, sauf des cas rares. La maladie laisse naturellement des cicatrices. L'auteur a employé la méthode de J. S. Kolbassenko, datée de 1897, et qui consiste à badigeonner le malade soit à l'ichtyol pur, en cas d'éruption localisée, soit avec une pommade ichtyolée à 30 o/o, en cas d'éruption généralisée. Dans les 2 cas personnels de l'auteur, les enfants de 3 et 5 ans, traités de cette façon, ont accusé un ratatinement rapide des pustules, qui sont devenues des croûtes vite tombées, laissant de petites élevures desquamantes. L'état général restait tout le temps très bon, il n'y avait pas de prurit. L'évolution a duré

environ un mois et les enfants n'ont pas présenté de cicatrices cutanées. BERMANN.

Sur certains matériaux historiques et des archives concernant l'étude de l'histoire de la Syphilis parmi les Bouriates, par J. F. JORNO. *Vratchébnaïa Gazéta*, n° 24, 31 décembre 1929, pp. 2829-2832.

Personne n'ignore l'intérêt porté à la syphilis bouriate étudiée par plusieurs expéditions scientifiques russes en 1924-1927 et par l'expédition savante russo-allemande de 1928 qui ont permis d'établir que la population bouriate est atteinte de cette affection dans la proportion de plus de 42 o/o.

Travaillant depuis longtemps en Bouriato-Mongolie qu'il connaît à fond, l'auteur s'est posé pour tâche d'éclaircir les origines de la syphilis parmi les Bouriates. En se basant sur les descriptions détaillées des explorateurs et des savants (Gmelin, 1735, Joh. Gottl. Georgi, Pallas, 1772-1773), ainsi que sur les documents historiques, rapports des anciens gouverneurs et médecins du pays, ainsi que les archives relatant l'historique du développement du trafic commercial de la Bouriato-Mongolie avec la Russie et la Chine, ainsi que le mouvement des tribus de la population indigène, l'auteur conclut que la syphilis bouriate a été importée de Russie. Il n'y a donc pas de syphilis bouriate spécifique, c'est la syphilis russe évoluant sur une population arriérée, ignorant la maladie, ne la traitant que rarement et encore, par des moyens empiriques. Les malades et les sorciers qui les soignent répandent la maladie d'une façon intense, par voie sexuelle et extra-sexuelle, car les règles hygiéniques et sanitaires les plus élémentaires leur sont inconnues. La version de l'origine chinoise de la syphilis bouriate doit être définitivement rejetée, ce ne sont que les négociants, chasseurs, colons et forçats russes (cette région ayant été depuis longtemps, sous les tsars, un lieu de déportation) qui ont importé la syphilis en ce vaste pays. BERMANN.

LIVRES NOUVEAUX

Essai sur la pathogénie du cancer, par le Dr Léon Bouveret, Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Lyon, Médecin honoraire des Hôpitaux de Lyon. Un volume in-8 de 153 pages. Librairie J. B. Baillière et Fils.

Il est fort intéressant, devant l'obscurité du problème du cancer de lire ce que peuvent en penser des médecins expérimentés, ayant fourni déjà une longue carrière, comme c'est le cas pour M. Bouveret. Le très estimé médecin des Hôpitaux de Lyon ne s'est pas contenté de consulter ses notes et ses souvenirs, mais il a dépouillé les faits très nombreux, d'ordre clinique et expérimental, qui sont disséminés dans les publications périodiques ou rassemblés dans les monographies.

Il a essayé ensuite de dégager la vérité de cette masse de documents. Ce travail l'a conduit à une hypothèse que résument ces deux propositions : Le cancer apparaît comme une conséquence, une séquelle d'un état infectieux antérieur. Il y a un virus cancéreux, mais ce virus n'est pas exogène, il est produit par la cellule cancéreuse elle-même.

Ces deux propositions sont établies sur un ensemble de faits cliniques et expérimentaux qui méritent d'attirer l'attention et de susciter des recherches expérimentales nouvelles. Clément Simon.

NOUVELLES

BOURSES DE VACANCES

« Comme les années précédentes, le docteur Debat offre, pour les vacan-
« ces de 1930, 100 bourses de 1.000 francs chacune, destinées à des étudiants
« en médecine fatigués et peu fortunés. Adresser les demandes dès le mois
« d'avril, 60, rue de Prony, Paris 17e ».

JAPON

La 5e Réunion de Dermatologie et d'Urologie de Kyoto et Osaka a eu lieu le 24 novembre 1929 à Kyoto, sous la présidence des Professeurs S. Matsumoto, K. Nakagawa et U. Satani.

Le 3 novembre dernier les nombreux élèves de M. le Professeur S. Matsumoto, se sont réunis à l'hôtel de Kyoto pour fêter ses dix ans de professorat. Mme Matsumoto avait bien voulu rehausser la réunion de sa présence.

La fête a été empreinte de la plus grande cordialité. Tous ont été unanimes à féciliter et remercier M. le professeur S. Matsumoto pour ses éminents services passés et lui souhaiter une longue carrière avec des succès toujours plus brillants.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

POÏKILODERMATOMYOSITE DANS LA JEUNESSE ET L'ENFANCE

Par G. PETGES et A. PETGES (de Bordeaux).

Une quarantaine de cas de poïkilodermie et de poïkilodermatomyosite ont suivi, jusqu'à ce jour, notre observation de 1906 et l'observation de Jacobi de 1907. Rares sont les cas observés chez les enfants avant 10 ans : à notre connaissance, un cas relaté par M. Shramek (1) chez une fillette de 6 ans ; deux cas signalés entre 10 à 20 ans, l'un par M. Shramek (2) concernant une jeune fille de 15 ans, l'autre par M. Nicolau (3) de Bucarest, concernant une jeune fille de 16 ans. Nous relatons ici deux observations relatives à un enfant de 7 ans 1/2 et à une jeune fille de 18 ans.

Dans les cas de M. Shramek il s'agit de poïkilodermie pure, dans celui de M. Nicolau d'une Poïkilodermatomyosite.

Nos deux observations actuelles sont également des types de poïkilodermatomyosite avec atteinte sévère du système musculaire, sans troubles permettant de penser à une origine nerveuse, mais à des troubles d'ordre exclusivement musculaire.

Observation I. — *Poïkilodermatomyosite chez une jeune fille de 18 ans* (4) (W. Dubreuilh, G. Petges et H. Verger).

Mlle X..., âgée de 18 ans, née et habitant aux environs de Bordeaux,

(1) Shramek. Poikiloderma atrophians vascularis. *Arch. f. Derm. und Syph.*, 1913, t. CXV, p. 354.

(2) Shramek. Poikilodermia atrophians vascularis. *Arch. Derm. und Syph.*, 1914, t. CXIX, p. 302.

Ces deux cas de M. Shramek ont été présentés à la Société Dermatologique de Vienne.

(3) Nicolau. Poïkilodermie avec atrophies et scléroses musculaires multiples (Type G. Petges-Cléjat). Poïkilodermie myopathique. *Réunion Dermatol. de Strasbourg*, mai 1929. *Bull. de la Soc. Fr. de Derm. et Syph. et de ses filiales*, n° 7, juillet 1929.

(4) Paraîtra prochainement dans la thèse d'André Petges (Bordeaux).

se présente le 22 novembre 1921 chez l'un de nous (Petges) et le 3 novembre 1922 chez l'autre (Dubreuilh), pour des lésions cutanées qui datent, au dire des parents, d'août 1921 et qui ont débuté par la face et les avant-bras.

Les descriptions que tous deux nous en avons fait concordent en tous points.

C'est une jeune fille bien développée, mais chez qui la faiblesse musculaire est telle qu'elle a une peine extrême à monter au premier étage. Elle est bien réglée depuis l'âge de 13 ans, a un appétit convenable, mais la mastication et la déglutition sont difficiles ; elle digère bien. Elle ne tousse pas.

Antécédents héréditaires. — Parents vigoureux, en parfaite santé. Fille unique. Pas de traces de syphilis chez les parents. La mère n'a pas fait de fausse couche.

Antécédents personnels. — Peu importants, aucune affection grave.

Les lésions cutanées sont constituées par une sorte d'érythème qui occupe toute la face, le cou, la partie supérieure de la poitrine et du dos, les avant-bras et les mains.

La face présente une rougeur à peu près généralisée, la peau est rude et un peu squameuse. La rougeur est due à un fin réseau capillaire visible à la loupe ; elle est surtout marquée aux paupières, au voisinage de l'angle interne des yeux. La peau est blanche et achromique avec un *réseau vasculaire* très accusé.

L'érythème descend sur la nuque, le cou et la partie supérieure de la poitrine où la peau est rouge, un peu squameuse par places, tendue et dure. Dans les parties les plus rouges, il existe une légère infiltration. Sur la région sternoclaviculaire, la peau est achromique et sa blancheur apparaît à travers le lacis des veinules rouges que la pression fait facilement disparaître. Le grain de la peau est changé ; il est représenté par des champs luisants entre les plis.

L'érythème descend dans le dos et sur le ventre, sous forme de plaques rougeâtres de grandeur variable, irrégulières, mal limitées, plus ou moins squameuses, présentant souvent au centre un peu d'atrophie.

Sur les bras sont quelques plaques mal limitées ; les avant-bras sont presque entièrement envahis, surtout du côté dorsal. A la face dorsale de la main, la rougeur est disposée en bandes correspondant aux métacarpiens ; sur les doigts, la face dorsale de chaque phalange est occupée par une plaque rouge violacée, un peu gonflée et molle, ressemblant très faiblement à une engelure. Ces plaques d'érythème durent depuis plus d'un an (en novembre 1922) et ne sont pas influencées par la saison ou la température. Elles ne démangent pas. Sur les plaques de la face dorsale des mains, le grain de la peau est modifié avec des facettes brillantes correspondant aux champs délimités par les plis, comme en d'autres régions.

En anémiant la peau, par la traction, on constate que les parties érythémateuses sont aussi un peu achromiques.

Rien aux faces palmaires.

Aux membres inférieurs, on trouve en avant de chaque genou une plaque rouge, squameuse, assez bien limitée, grande comme une pièce de 5 francs.

Il n'existe pas de troubles cardiaques ; pas d'albuminurie ; rien du côté de la bouche, du pharynx, de l'estomac, de l'intestin, du foie, de la rate, signes pulmonaires ; augmentation des vibrations, légère bronchophonie, murmure vésiculaire obscur, respiration soufflante au niveau des sommets. Pas de toux ni d'expectoration. Signes d'adénopathie trachéo-bronchique. Pas d'adénopathies externes.

En janvier 1923, l'un de nous (Petges) revoit la malade en consultation avec le professeur Verger, à l'effet d'éclaircir l'origine des troubles musculaires.

Les lésions cutanées ne sont pas modifiées, mais il existe des *troubles musculaires importants* : difficulté pour mastiquer et déglutir, qui s'est accusée depuis quelques semaines et a provoqué une dénutrition notable avec un amaigrissement marqué. A chaque mouvement de déglutition, après un temps d'arrêt, elle est obligée, pour avaler, de faire un mouvement de salutation. L'état de la musculature des membres supérieurs frappe par sa diminution de volume et par le manque de force. Au niveau des membres supérieurs, il existe un déficit sensible des mouvements d'élévation des bras et en particulier du bras gauche, la force de flexion des avant-bras est diminuée ainsi que le serrement des mains.

L'inspection permet de constater une atrophie à peu près symétrique des deltoïdes et une atrophie des muscles des avant-bras. Les mains ont des muscles normaux en volume et en consistance. Réflexes du poignet et tricipital tendineux abolis. Réflexes musculaires extenseurs très faibles.

Les pectoraux non diminués de volume, se contractant assez bien. La musculature de l'abdomen semble bonne, mais cependant la malade couchée ne peut s'asseoir. Les muscles lombaires sont indemnes, et la malade debout peut se baisser et se relever normalement. Au niveau des fesses, muscles normaux ; les cuisses et les mollets ne sont pas très diminués de volume. La force de flexion de la jambe sur la cuisse est très diminuée. Extension du pied sur jambe conservée ; gastrocnémiens de force normale. L'extension du pied sur la jambe est empêchée par une force très faible et, en effet, il existe une atrophie des extenseurs. Les mouvements combinés sont pénibles. Assise sur une chaise, la malade ne peut se mettre debout qu'en se levant sur les mains et en se penchant en avant. La marche est dandinée, en canard, avec tendance au steppage. Les réflexes rotuliens sont conservés, plus vifs à gauche qu'à droite, de même que l'achilléen. Le signe de Babinsky est positif à gauche. Pas de trépidation épileptoïde de la rotule ou du pied.

Examen électrique des muscles et des nerfs : pas de modification de l'excitabilité au faradique et au galvanique.

Cette malade ayant été observée en clientèle de ville, il n'a pas été possible de prendre une observation plus précise et plus complète. Nous n'avons pu la suivre jusqu'à sa mort.

Nous avons eu pendant quelques mois de ses nouvelles par son médecin, malgré lequel les parents l'avaient confiée à un autre confrère, après plusieurs autres.

Elle est morte deux ans et demi après le début de tuberculose pulmonaire à marche rapide.

Nous avions essayé chez elle de nombreux traitements : arsenic au début, sels de chaux ensuite, opothérapie, isolée ou combinée. Beaucoup d'autres traitements lui avaient été conseillés par plusieurs autres médecins, injections variées, électrothérapie, etc.

Le diagnostic paraît ne pas faire de doute en faveur de la poïkilodermatomyosite : érythème télangiectasique à localisations classiques, face, membres supérieurs, haut du thorax, dos, bras, avant-bras, dos des mains et des doigts, genoux, atrophie blanche, formations réticulées. La pigmentation manque, mais il faut considérer que nous avons observé un cas récent, quelques mois après son début et que l'affection a évolué en deux ans et demi seulement, jusqu'à la mort de la malade par tuberculose à marche rapide. Le syndrome musculaire est net, avec son allure progressive, sans troubles aux modes d'excitation habituels des muscles, électrique en particulier, sans modification des nerfs aux excitations faradique et galvanique.

Pour la première fois nous avons noté l'atteinte des muscles masticateurs et pharyngés.

Cette jeune malade était tuberculeuse, et est morte de tuberculose. Cause, coïncidence ? Elle rappelle en cela notre première malade de 1906.

OBSERVATION II. — *Poïkilodermatomyosite chez un enfant de 7 ans 1/2* (G. Petges, C. Rocaz et A. Petges) (1).

X..., 7 ans 1/2, né et habitant aux environs de Bordeaux est un fils unique dans les *antécédents héréditaires* duquel on ne trouve rien à signaler. Sa mère en particulier n'a jamais fait de fausse couche. Le père nie tout antécédent syphilitique.

(1) Paraîtra prochainement dans la thèse d'André Petges (Bordeaux).

Ses antécédents personnels n'offrent rien de saillant jusqu'à 4 ans 1/2, âge auquel les premières manifestations de l'affection pour laquelle nous le voyons aujourd'hui sont survenues.

A cette époque, après avoir joui jusque-là d'une santé parfaite, ayant marché et joué normalement depuis l'âge de 18 mois, il commence à sentir de la lassitude au moindre effort ; il est gêné dans ses mouvements, cesse de s'amuser souvent, non par caprice, mais parce qu'il est tout de suite fatigué et qu'il ne peut suivre ses camarades, ce que les parents ont remarqué vers la fin de l'hiver, notant en outre qu'il a la figure rouge, un peu gonflée au niveau des paupières.

A partir de ce moment évoluent parallèlement des signes cutanéo-musculaires.

C'est d'abord sur les membres inférieurs que l'on constate une modification. Après un stade œdémateux, ils sont atteints progressivement d'une fonte des muscles, avec rétraction qui rend la marche de plus en plus pénible. Puis, petit à petit, cette atrophie monte, et évoluant lentement, mais sans rémission, finit par envahir tous les muscles, y compris ceux des membres supérieurs, en progressant de la main vers l'épaule, le tronc.

A la même époque, c'est-à-dire vers avril 1926, les phénomènes cutanés se manifestent. Outre la rougeur du visage, particulièrement intense sur les paupières supérieures, on voit se former des placards rouges sur les faces antérieure et postérieure du tronc, les coudes, le bord cubital des deux avant-bras.

En outre, il y a production de plusieurs ulcérations en particulier au niveau des plis antérieurs des aisselles et la face postérieure des coudes, qui proviennent de petites tumeurs blanchâtres, arrondies, terminées par une sorte de cône corné, qui laissent s'échapper une matière semblable à de la matière sébacéo-épidermique et qui guérissent spontanément.

Rapidement, les lésions du tégument deviennent prurigineuses et depuis cette époque, l'enfant à chaque instant éprouve le besoin de se gratter.

Les mouvements sont devenus douloureux, maladroits, figés, limités, lents, et il tombe souvent en se déplaçant.

Ses parents, inquiets de cet état, amènent, le 22 novembre 1926, leur fils consulter M. le Dr Rocaz qui constate une légère parésie des membres inférieurs et des muscles du tronc. La démarche est celle d'un enfant atteint de myopathie primitive. Couché sur le sol, il ne peut se relever seul. Les réflexes persistent mais sont affaiblis. Tête volumineuse avec bosses frontales proéminentes.

L'examen électrique des muscles pratiqué par M. le Dr Nancel-Pénard ne révèle que de l'hypoexcitabilité sans modification de la formule.

Le Dr Rocaz conseille alors un traitement électro-thérapique qui ne semble pas enrayer l'évolution des phénomènes musculaires, pas plus qu'un traitement médical par l'arsenic, les bains salés et antisyphili-

ques, malgré une réaction de Bordet-Wassermann négative, au biodure de mercure.

L'état du petit malade revu le 23 mars 1927 semble s'être aggravé, la marche est beaucoup plus difficile.

Le 8 juillet, par contre, grosse amélioration, qui persiste, puisque le 14 octobre, les troubles moteurs se sont considérablement amendés. Les réflexes sont plus vifs, mais il existe des douleurs dans les membres inférieurs, douleurs spontanées sous forme d'élancements, douleurs provoquées par la recherche des points de Lasègue.

Trois mois plus tard, le 27 janvier 1928, l'atrophie musculaire, à peine marquée à la visite précédente, est très nette au niveau des cuisses, des bras, des épaules. Légère rétraction musculaire au niveau des jambes. Il semblerait que la tête a encore augmenté de volume. Le traitement mercuriel est intensifié. Il avait pris en outre jusqu'à cette époque des préparations phosphatées, de l'arséniate de soude, de l'arrhénal, des comprimés Carrion pluri-glandulaires, de l'urotropine, sans qu'aucun de ces traitements ait exercé une influence sur l'évolution de la maladie.

Les troubles cutanés deviennent nets, au niveau de la face, des paupières, des bras.

Le 20 mars 1929, les lésions cutanées ont augmenté et présentent l'aspect qui sera décrit en détail plus loin.

En août 1929, l'enfant est vu en consultation par les D[rs] Rocaz et G. Petges qui constatent un signe nouveau : de l'œdème des membres inférieurs et une légère ascite. L'urine contient 0 gr. 18 d'albumine, un léger excès de scatol et 20 grammes d'urée par litre.

Il est ramené le 5 décembre 1929, et à ce moment on se trouve en face de l'état suivant :

Examen. — Le 5 décembre 1929, il se présente porté par son père, car il ne peut presque pas marcher. Sa taille est normale, mais on est frappé au premier abord par le volume exagéré de sa tête et par un état de maigreur squelettique des membres qui se trouvent en demi-flexion.

Les modifications cutanées, étudiées systématiquement se présentent de la façon suivante :

Tête. — Sur le front, et en particulier au niveau des deux bosses frontales, la peau est uniformément rosée, amincie, atrophique. Elle présente des striations longitudinales formées par un fin plissement comme on peut en obtenir en froissant un papier à cigarette. Elle est souple, mais adhérente aux plans profonds. On remarque une circulation normale des veines de la partie supérieure du front.

Paupières. — Les paupières supérieures, droite et gauche, présentent un aspect analogue : elles sont le siège d'un œdème et leur couleur générale est rouge vif. En examinant de plus près leur surface érythémateuse, on voit nettement et indépendamment de l'œdème, que la peau de ces paupières est amincie, avec un épiderme très fin, plissé.

transparent et parcourue d'un réseau de fins vaisseaux capillaires formant un réticulum, et entre lesquels la peau est atrophique et de couleur blanc nacré par endroits, et en d'autres d'une coloration brun-rouge, ou encore fortement pigmentée de brun. Les mailles du réseau sont nettement dessinées par un vaisseau rouge, elles circonscrivent des surfaces losangiques de 2 à 3 millimètres de côté. Au niveau de l'angle interne de la paupière supérieure gauche, il existe trois zones cicatricielles jaunâtres, atrophiques, vestiges de petites ulcérations datant d'un an environ.

L'état télangiectasique est plus marqué à la partie inférieure des paupières supérieures, près du bord ciliaire, alors que la pigmentation est plus marquée à leur partie supérieure.

Les paupières inférieures, légèrement bouffies ont un aspect rosé blafard, avec une prédominance atrophique. Là, pas de télangiectasie, ni de pigmentation ; on note seulement deux striations plus rouges que le reste, à l'endroit où se forment des plis quand les yeux sont fermés.

Plus bas, il existe une sorte de bande continue vaguement horizontale et rectangulaire, d'environ deux centimètres et demi de large, étendue sur les régions malaires et sous-palpébrales et chevauchant le nez, de couleur brun-rouge, avec un épiderme atrophique, rappelant du papier de soie froissé, finement squameuse, souple, adhérente et avec, en plus, quelques lésions de grattage, et quelques lésions pigmentaires brunes de un millimètre de diamètre sur le versant droit du nez. Cette bande atrophique cutanée ne rappelle en rien le lupus érythémateux.

Menton. — Au niveau du menton, la peau est rosée, tendue, atrophique, lisse, luisante, sans télangiectasies, ni état réticulé.

Joues. — La face latérale de la joue gauche sur un espace circonscrit en bas par le maxillaire inférieur, en arrière par l'angle de la mâchoire, en haut par l'apophyse zygomatique présente une surface débordant légèrement sur la région parotidienne et la région temporale où la peau est tendue, lisse, luisante. Sur cet espace, nous retrouvons tous les aspects décrits précédemment : état plissé et atrophique, réticulum de fines télangiectasies dans les mailles desquelles la peau est rose blafard, amincie, finement plissée par places, ou au contraire, légèrement rugueuse et pigmentée. Desquamation légère.

La zone pigmentée est centrale et la zone rosée, périphérique. Il semble qu'on se trouve là en présence d'un processus à extension centrifuge dont la zone d'accroissement, congestive, serait périphérique et le stade plus ancien, atrophique, serait central.

L'ensemble de ce placard, vu à jour frisant, a un aspect finement quadrillé, moins net que sur les yeux, provenant de striations formées par des bandes atrophiques, s'entrecoupant longitudinalement et transversalement.

Sur la joue droite, la topographie est rigoureusement la même, mais

on est frappé par le degré d'atrophie plus marquée. A ce niveau, la peau est uniformément lisse, tendue, scléreuse, à un examen superficiel on aurait l'impression d'être en face d'un placard sclérodermique pur. L'état pigmentaire domine, sauf sur la raie de bordure, moins large qu'à gauche, — un centimètre environ, — où peuvent se distinguer les télangiectasies. De ce côté aussi, état finement squameux, surtout marqué à l'angle du maxillaire.

Oreilles. — Les oreilles de deux côtés ont un aspect semblable ; on y retrouve les lésions des paupières supérieures, à une échelle plus grande et en quelque sorte schématisées. Le réseau des capillaires, à travers un épiderme très mince, se montre comme vu à travers un verre. Il forme un véritable filet dont chaque maille est faite de peau blanche, nacrée, ou au contraire fortement pigmentée de brun. Des deux côtés, on relève les traces de petites ulcérations actuellement cicatrisées. Il existe un petit kératome sur le cartilage, près du lobule.

L'ensemble des oreilles offre au toucher une sensation cartonneuse. Toute souplesse a disparu. Le lobule lui-même est rigide, luisant, lisse. Ici encore les lésions ne ressemblent pas au lupus érythémateux.

Au cou et à la nuque, rien à signaler. Il n'existe pas de lésions.

Tronc. — Nous retrouvons, irrégulièrement disséminés sur le tronc, des placards présentant les mêmes caractères que sur la face, et en particulier, en avant au niveau de la région claviculaire droite, en arrière de l'épine de l'omoplate gauche et des régions deltoïdienne et lombaire droites.

Des deux côtés, la région fessière présente une lésion grande comme la paume d'une main d'adulte.

Membres. — Les membres non plus ne sont pas indemnes, et les mains, le bord cubital des avant-bras, offrent à considérer des plaques où l'on retrouve télangiectasies, atrophie, pigmentation et état légèrement squameux de la peau.

La région antérieure du creux axillaire, la zone d'extension des coudes et genoux permettent de constater un aspect analogue, mais avec un fait nouveau. On remarque en effet à ces divers endroits, et en particulier aux coudes (olécrane, épicondyle, épitrochlée), des plaques kératosiques, des petites tumeurs dures d'un centimètre de diamètre environ, régulièrement circulaires, dont le centre est en forme de tronc de cône, dont les parois seraient formées d'une zone hyperkératosique à la partie inférieure, rugueuse au toucher, et dont le sommet est au contraire de consistance molle, recouvert d'une peau fine, amincie, soit rosée, légèrement congestive, soit blanc jaunâtre comme si le contenu était rempli d'un enduit sébacéo-épidermique (région axillaire par exemple). Ce sont des nodules d'aspect similaire, mais plus petits, aux dires de la mère, dont la fonte aurait provoqué les cicatrices relevées aux paupières et à la face postérieure des oreilles.

Ces nodules sont régulièrement répartis au niveau d'un certain nombre d'articulations, et toujours sur la face d'extension. La régu-

larité de leur disposition est d'aspect particulièrement net aux coudes et sur toutes les articulations digitales. On relève en outre leur présence sur le tiers moyen de la face cubitale de l'avant-bras gauche, sur la fesse droite, et sur le tiers moyen de la face postérieure de la cuisse droite.

L'ensemble de toutes ces lésions cutanées donne aux parties qui en sont le siège un aspect brun rougeâtre. Elles sont toutes prurigineuses et l'enfant à chaque instant, porte ses mains vers une partie malade pour se gratter.

Résumé. — Réseau pigmenté, plaques pigmentaires, atrophie cutanée, télangiectasies, plaques, nodules kératosiques, et kystes d'apparence épidermique, prurit et douleurs. Il nous a été impossible de faire une biopsie, dans les conditions d'examen de l'enfant.

Examen de l'état musculaire. — L'enfant, vu étendu, frappe par son état de maigreur que fait ressortir avec plus d'intensité une grosse tête et un gros ventre à paroi flasque qui s'étale, donnant l'image du ventre de batracien.

Il est immobile, évite et craint de remuer, car ses mouvements sont douloureux ; il pleure dès que l'on essaie de palper ou de mobiliser ses membres, car il souffre.

L'inspection fait ressortir une diminution notable du volume de tous les muscles, qu'il s'agisse en particulier du trapèze, de tous les muscles de la ceinture scapulaire et des membres supérieurs, sans qu'il soit possible de faire une différence entre les groupes d'extension ou de flexion.

Aux membres inférieurs, la cuisse est fusiforme, les reliefs musculaires sont complètement effacés.

Aux jambes, la diminution de volume des muscles semble moins marquée, mais un examen attentif permet de constater que ce n'est qu'une apparence et que l'atrophie est masquée par un œdème dur, douloureux, ne gardant pas le godet.

Outre leur aspect squelettique lamentable frappant, les membres sont tous en demi-flexion, et les doigts des mains sont en griffe demi-fermée.

La palpation des masses musculaires est douloureuse et montre une véritable rigidité et un durcissement quasi-ligneux ainsi qu'une rétraction des muscles atteints.

Les mouvements passifs rencontrent de la résistance et il est impossible par la rigidité des muscles antagonistes, d'obtenir une flexion ou une extension complète des membres, mais on mobilise peu à peu les articulations après un effort persistant et ces muscles reprennent leur souplesse dans une mobilisation provoquée et soutenue, plus grande que dans les mouvements volontaires. En effet, les mouvements actifs sont maladroits, lents, incomplets. La force de préhension est légèrement diminuée, mais bien mieux conservée que ne pourrait le faire supposer le degré de diminution du volume des muscles.

La marche est maladroite, les membres inférieurs ne pouvant se mettre en rectitude ; l'enfant a la démarche de canard et ses pieds traînent par terre, il se tient difficilement debout et ne peut faire que deux ou trois pas, si on lui tend les bras, car tombant très souvent, il n'ose pas se lancer tout seul, et l'on se rend vite compte qu'il ne le peut.

Couché sur le lit d'examen, il ne peut relever la tête, s'asseoir, non plus qu'il ne peut, étant couché sur le sol, se relever tout seul, par manque de force, la rigidité de tous ses muscles ne permettant pas la série de mouvements coordonnés nécessaires. Il tombe d'un côté ou de l'autre et assez lourdement, la lenteur d'exécution d'un mouvement pour se protéger d'une chute empêchant tout geste protecteur. C'est ainsi que, depuis quelque temps, l'enfant s'est fait des contusions ou des blessures minimes en tombant alors qu'il cherchait à se déplacer sans aide.

Un fait domine tout l'examen de l'état musculaire. Il ne s'agit pas d'un état paralytique, ni d'ankylose articulaire.

La contraction musculaire se produit et même avec une énergie convenable, mais il existe une telle rigidité de tous les groupes que, lorsqu'un muscle entre en action, cette action est entravée presque aussitôt par la rigidité du groupe antagoniste.

Dans la recherche des mouvements passifs, le fait ressort avec beaucoup de netteté, et permet en même temps de se rendre compte de l'intégralité des fonctions articulaires qui sont souples, quand la rigidité musculaire est progressivement diminuée.

Si un doute subsistait à l'égard de la possibilité de phénomènes paralytiques, la recherche systématique des lésions nerveuses le lèverait. Les réflexes tendineux et musculaires sont tous conservés, la sensibilité tactile n'a subi aucune altération. Il existe cependant une hyperesthésie généralisée de tout le revêtement cutané.

L'examen électrique des muscles pratiqué par M. le D[r] Nancel-Pénard en 1926 et le 5 décembre 1929, par M. le D[r] Débédat, a donné des réactions normales à toutes les excitations, faradique, galvanique. Pas de réaction de dégénérescence.

On se trouve donc là en présence de phénomènes d'origine purement musculaire. Le muscle semble former un bloc scléreux, atrophique qui est l'unique cause de la rigidité.

État général. — L'intelligence de cet enfant est vive. Il est aimable, affectueux, mais il se rend compte et souffre moralement et physiquement de son état, qui l'empêche de participer aux jeux de ses petits camarades, d'aller à l'école. Il a cependant chez lui pu apprendre à lire et à écrire, et son état intellectuel est celui d'un enfant de son âge.

L'examen des autres organes montre : Poumon : rien à signaler. Cœur : normal. Abdomen : volumineux, flasque. Légère ascite. Foie : le foie déborde les fausses côtes et la percussion décèle une augmentation de volume notable. Présence de liquide d'ascite dans l'abdomen,

en assez grande quantité, lors d'un examen antérieur fait par les Drs Petges et Rocaz, moins à présent, mais facilement décelable cependant.

Les testicules sont normaux.

Le 22 décembre, l'enfant revient. On ne constate pas de grosses modifications. L'ascite a cependant augmenté. Pas de zone de sonorité. Gros foie. Grosse rate.

Le 20 janvier 1930. A cette date, état stationnaire.

Les deux rotules sont couvertes d'un placard poïkilodermique particulièrement accentué à droite. On remarque sur la rotule droite une zone ronde d'un centimètre et demi de diamètre, hyperkératosique.

On constate en outre dans la bouche, à la face interne de la joue droite, une tache arborescente de la muqueuse et sur la langue une glossite exfoliatrice marginée.

Les pesée et mensurations donnent les résultats suivants :

Poids : 21 kilogrammes ; périmètre de la tête : o m. 58 ; d'oreille à oreille : o m. 34 ; glabelle bosse occipitale : o m. 38 ; taille : 1 m. 19.

Tour de poitrine à 1 centimètre sous les seins : o m. 59-o m. 60 ; bras droit, partie moyenne : 12 cm. 1/2 ; bras gauche : 12 centimètres ; avant-bras : milieu à gauche : 12 centimètres ; avant-bras : milieu à droite : 13 centimètres ; cuisse partie moyenne droite : o m 25 ; cuisse partie moyenne gauche : o m. 24 ; mollet (tenu compte de l'œdème à gauche : o m. 22 ; mollet (tenu compte de l'œdème) à droite : o m. 22.

Examens de laboratoire. — La réaction de Hecht-Sabrazès est négative.

L'exploration électrique des muscles et nerfs de la face, du tronc, des membres, met en évidence des réactions normales, tant au faradique qu'au galvanique.

Radiographie du crâne. — Selle turcique normale ; pas d'évasement. Pas de dystrophie des apophyses clinoïdes antérieures et postérieures. Épaississement de la voûte, surtout marqué à la région frontale (Dr Debédat).

Sans qu'il soit nécessaire d'insister longuement sur l'analyse de cette observation, le diagnostic de poïkilodermatomyosite s'impose. Elle est rigoureusement comparable à celle que l'un de nous a présenté à la Réunion Dermatologique de Strasbourg (1) en juillet 1929, au point de vue cutané et musculaire. Mais il est intéressant de souligner qu'il s'agit d'un enfant de 7 ans 1/2 et non d'un adulte,

(1) G. Petges, Le Coulant, Mougneau et Delas. Poïkilodermie et polymyosite (Poïkidermatomyosite) *Réunion Dermatologique de Strasbourg*, mai 1929, *Bulletin de la Soc. de Dermat. et de Syph.*, juillet 1929, no 7.

et que cet enfant présente de l'albuminurie, avec augmentation du volume du foie ascite et œdème des membres inférieurs.

La conformation du crâne, son augmentation de volume, la proéminence des bosses frontales, l'exagération du réseau veineux de la peau du front et du cuir chevelu, nous font penser à l'influence de la syphilis héréditaire, dont nous n'avons pu trouver la trace chez les parents et sans signe sérologique chez le petit malade. Il n'a pas été possible de faire le Bordet-Wassermann des parents. Un traitement spécifique appuyé va être repris et continué systématiquement. Peut-être éclaircira-t-il l'origine de ce cas.

En résumé, voilà deux cas de poïkilodermatomyosite de la plus haute gravité, chez des jeunes (7 ans 1/2 et 18 ans) l'un terminé par la mort, l'autre évoluant avec une marche sévère. Tuberculose dans l'un d'eux, hérédo-syphilis probable dans l'autre, paraissant conditionner l'étiologie ou coïncider avec l'affection.

Ils tendent à montrer la gravité de ce syndrome, plus grande avant 20 ans, que chez l'adulte.

Nous sommes frappés par ce fait que les quatre cas, deux chez l'adulte, deux avant 20 ans, observés dans la région bordelaise, sont des cas de poïkilodermie avec myosclérose. Au point de vue cutané ils ne diffèrent en rien de la poïkilodermie localisée, type Civatte, ou généralisée, type Jacobi, ce qui nous confirme dans l'idée que poïkilodermie et poïkilodermatomyosite ne forment qu'un seul syndrome, qu'il est possible d'envisager et de classer ainsi :

Poïkilodermie localisée (*Poïkilodermie réticulée pigmentaire du visage et du cou, type Civatte*).

Poïkilodermie généralisée type Jacobi.

Poïkilodermatomyosite du type décrit par l'un de nous en 1906 et 1929 et dont les deux nouvelles observations, relatées ci-dessus, fournissent un nouvel exemple et que nous avons observé exclusivement.

Ces questions seront plus longuement étudiées et discutées dans un prochain mémoire et dans la thèse d'André Petges en cours de terminaison.

UN CAS DE BOUTON D'ORIENT A STRUCTURE DE SARCOÏDE DE BOECK

Par M. Adolphe DUPONT
Chef du service de dermatologie de l'Hôpital Saint-Vincent à Anvers.

Les études histologiques du Bouton d'Orient sont nombreuses. Parmi les travaux récents il faut citer notamment à côté des recherches expérimentales de Kyrle et Reenstierna (1), les observations de Vigne et Pringault (2) et de Kroupnikoff (3). Il peut dès lors paraître oiseux de revenir sur ce sujet. Toutefois en examinant une biopsie de cette affection au musée d'histologie de l'Hôpital Saint-Louis nous avons pu nous rendre compte de quelques faits qui n'ont point été mentionnés jusqu'ici.

C'est une donnée aujourd'hui classique que l'aspect tuberculoïde du bouton d'Orient. Mais jusqu'ici c'étaient des images de gomme ou de lupus tuberculeux qu'évoquaient les descriptions histologiques de cette dermatose ; tandis que notre cas simule à s'y méprendre la sarcoïde dermique de Boeck. Il n'est peut-être pas inutile d'attirer l'attention sur ce fait pour mettre en garde contre une erreur possible.

En outre il nous a semblé que la répartition des parasites dans les tissus fournissait une démonstration rigoureuse de la théorie de Kyrle et Reenstierna.

Notre cas nous paraît à cet égard avoir la valeur d'une expé-

(1) Kyrle et Reenstierna. Anatomisch-experimentelle Studien über Aleppo-Beule. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*. 1920. Bd. CXXVIII, p. 100.

(2) Vigne et Pringault. Gomme sous-cutanée à leishmanias. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1923, p. 99 et Bouton d'Orient. Etude histologique et localisation des parasites. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1924, p. 212.

(3) Kroupnikoff. Quelques détails sur la clinique et l'histologie du bouton d'Orient. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, 1925, p. 651.

rience de laboratoire. Et à ce titre encore il méritait d'être signalé.

Voici le cas.

Une femme de quarante ans présente au niveau de l'épaule droite une petite papule rouge, luisante, sans squames et datant de trois mois. Deux lésions semblables ont apparu plus récemment, l'une sur l'avant-bras, l'autre sur la face antérieure de la cuisse droite.

L'examen histologique de la papule de l'épaule révèle les détails suivants.

Des éléments inflammatoires ont envahi toute l'épaisseur du derme.

Ils forment dans la partie profonde du chorion des boyaux arrondis ou lobulés à contours nettement arrêtés et d'aspect uniformément clair. Ces amas cellulaires semblent inclus dans des logettes creusées dans la substance fondamentale du derme. Ils sont constitués en majeure partie par des cellules épithélioïdes.

On voit tantôt au centre, tantôt en bordure, mais jamais en couronne complète, quelques traînées de lymphocytes mêlés de plasmocytes et de rares mastzellen.

Dans ces bourgeons il ne reste plus trace de collagène ni de réseau élastique. Par contre le tissu dermique qui les sépare est entièrement intact.

Au voisinage du corps papillaire, l'infiltrat est moins bien délimité et d'aspect moins homogène. Entre les débris de faisceaux collagènes s'entremêlent sans ordre des fibroblastes jeunes, des lymphocytes, des plasmocytes mono- ou bi-nucléés, des mastocytes et aussi de grandes cellules plus volumineuses et pourvues de contours mieux définis que les cellules épithélioïdes.

L'épiderme, peu modifié dans son ensemble, présente cependant des altérations considérables en un point où l'inflammation dermique vient à son contact. Il est réduit là à trois ou quatre assises de cellules épineuses étirées et aplaties. Les espaces intercellulaires sont dilatés par l'œdème et contiennent un certain nombre de lymphocytes. Manifestement une ulcération va se produire à cet endroit.

En somme, en surface un infiltrat diffus et polymorphe, en profondeur des nodules lobés et nettement délimités, formés presque uniquement par des cellules épithélioïdes et séparés les uns des autres par du tissu parfaitement sain. C'est trait pour trait, dans

les couches profondes du moins, l'image de la sarcoïde de Boeck. Sur certaines coupes insuffisamment colorées, ce diagnostic pouvait être légitimement posé ; et l'erreur a été commise d'abord.

C'est en effet une erreur. A un examen attentif on doit l'éviter.

La sarcoïde de Boeck évolue en plein derme ; elle n'a guère de tendance à s'ulcérer et les bourgeons inflammatoires restent séparés de l'épiderme par une couche de tissu conjonctif intact. Il en va tout autrement dans nos préparations : l'infiltrat envahit ici le derme papillaire et atteint même en un point l'épithélium ; l'amincissement et les altérations de ce dernier font pressentir l'ulcération prochaine.

La formule cellulaire de la zone inflammatoire juxta-épidermique est différente elle aussi de celle de la sarcoïde. Nous voyons ici un infiltrat extrêmement varié et désordonné. Tous les éléments habituels des inflammations chroniques s'y rencontrent en proportions à peu près égales. De gros macrophages viennent se joindre à eux. La sarcoïde au contraire garde dans toute son étendue une physionomie très monotone.

D'ailleurs sur les coupes suffisamment colorées on aperçoit au fort grossissement des leishmanias en nombre très variable suivant les préparations. Ces parasites revêtent l'aspect bien connu de petits corps ovoïdes munis d'un noyau et d'un blépharoplaste.

Sans cette constatation, le diagnostic de sarcoïde eut été peut-être maintenu, en dépit des différences anatomiques signalées plus haut, et c'est pourquoi nous croyons devoir mettre en garde contre cette erreur de diagnostic. Dans un cas analogue, sur une pièce mal fixée ou mal colorée, où les protozoaires ne seraient pas très visibles, elle serait difficilement évitée, et il sera bon d'y penser toujours.

Un second point nous paraît encore devoir retenir l'attention. C'est la répartition des parasites dans les lésions.

Si l'on se base sur l'abondance et la localisation des leishmanias, notre biopsie peut être divisée en trois zones bien distinctes.

1° Dans l'épiderme aminci qui recouvre la partie la plus élevée de l'inflammation, dans le derme papillaire voisin et dans les portions périphériques de l'infiltrat profond, les parasites sont libres. Ils flottent dans la sérosité qui baigne ces régions (fig. 2).

On les trouve réunis par petits groupes dans l'œdème dermique ;

dans les espaces intercellulaires malpighiens on n'en aperçoit plus que quelques exemplaires isolés qui gagnent les couches les plus élevées de l'épithélium.

Nulle part nous n'avons constaté la présence de parasites à l'intérieur de cellules épidermiques.

2° Dans le corps papillaire envahi par des éléments inflammatoires polymorphes les protozoaires pullulent littéralement et sont presque tous intra-cellulaires. Ils sont contenus dans des fibroblastes et dans les grands macrophages. Ces derniers forment par endroits de véritables nids et leur protoplasma est souvent bourré de parasites (fig. 3).

3° Les leishmanias sont, au contraire, très rares dans les boyaux épithélioïdes et d'autant plus que ceux-ci sont plus profonds. Dans les portions superficielles on voit encore de ci de là un protozoaire ou ses débris au milieu d'une cellule épithélioïde. On n'en trouve plus aucun dans les parties les plus profondes (fig. 4).

De ceci il est permis de conclure que les leishmanias arrivées dans les tissus sont phagocytées soit par les macrophages, soit par de simples fibroblastes, et que, à la fin de ce processus, les parasites sont éliminés au moment où les cellules prennent le type épithélioïde.

C'est d'ailleurs ce que Kyrle et Reenstierna ont observé au cours de leur étude expérimentale chez le chien et le singe.

A la suite d'inoculations de fragments de bouton d'Orient à ces animaux, ces auteurs ont vu apparaître des lésions cutanées multiples qu'ils ont biopsiées à des époques diverses de leur évolution.

Voici brièvement résumées leurs constatations.

Dans les prélèvements pratiqués durant les premières semaines on voit des amas dermiques de cellules inflammatoires banales entre lesquelles circulent librement un grand nombre de parasites.

Au milieu de cet infiltrat apparaissent bientôt de gros éléments qui phagocytent les leishmanias. Celles-ci finissent par occuper tout le protoplasma de ces cellules.

Vers le deuxième mois un aspect tuberculoïde commence à s'esquisser tandis que les parasites se font plus rares.

Au cinquième mois enfin on constate l'existence d'un tissu d'apparence lupique dans lequel il est malaisé de découvrir encore des protozoaires.

Ces phases évolutives que des biopsies successives nombreuses ont permis de suivre chez l'animal, on les saisit simultanément et dans une vision d'ensemble sur nos coupes.

Celles-ci prouvent que l'on peut appliquer au bouton d'Orient, ainsi que l'ont fait Kyrle et Reenstierna, la théorie que Lewandowsky (1) avait formulée pour la tuberculose.

On sait que pour cet auteur une phase d'inflammation banale précéderait toujours la formation du follicule tuberculeux classique. Ce dernier, qui constitue la forme « productive » des auteurs allemands, exigerait pour pouvoir se constituer un certain degré d'immunisation de l'organisme vis-à-vis de l'agent pathogène. Ce pro-

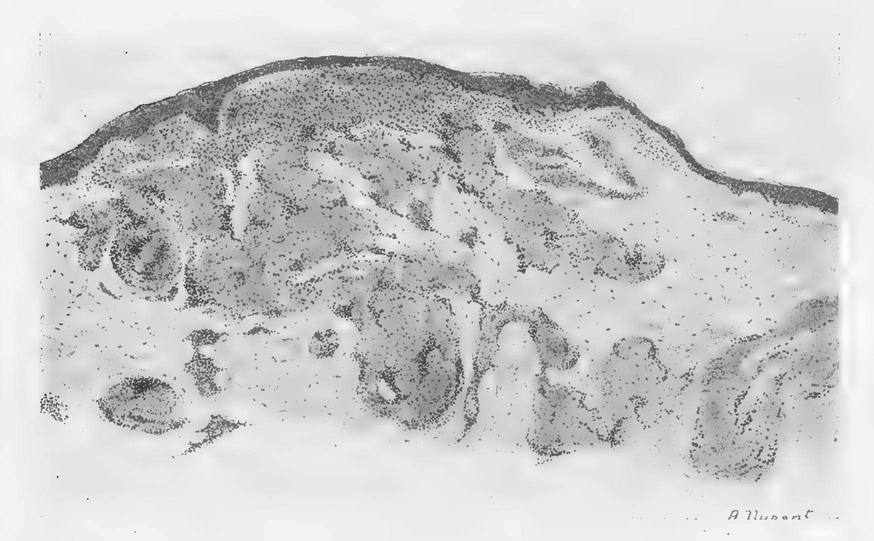


Fig. 1. — Vue d'ensemble des lésions. Sous l'épiderme, couche continue de cellules inflammatoires. Dans la profondeur amas lobés et nettement délimités, à aspect clair et séparés les uns des autres par du tissu sain.

cessus compliqué serait nécessaire pour éliminer certains germes pourvus d'organes protecteurs comme c'est le cas pour le bacille de Koch.

Grâce aux grandes dimensions des leishmanias, on peut suivre bien plus sûrement cette évolution dans le bouton d'Orient que dans

(1) Lewandowsky. *Die Tuberkulose*, Springer, 1916.

la tuberculose. Et il nous semble que de nos coupes, aussi bien que des expériences de Kyrle et Reenstierna, on doit tirer l'interprétation suivante : d'abord pullulation du parasite dans un tissu neuf qui ne peut opposer à l'envahisseur qu'une réaction inflammatoire banale (partie superficielle de nos coupes), puis organisation par la peau allergisée d'un appareil de défense plus complexe qui lui per-

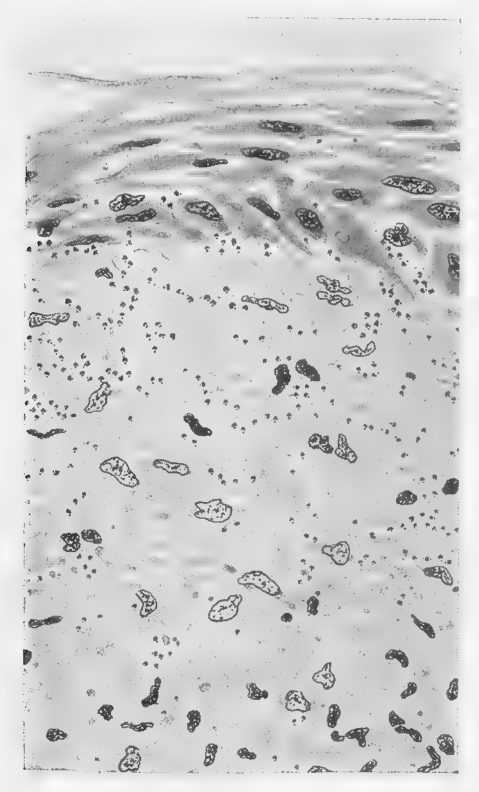


Fig. 2. — Epiderme et portion superficielle du derme papillaire. On voit les parasites libres groupés en petits amas dans le tissu conjonctif ou s'insinuant dans les espaces intercellulaires du corps de Malpighi.

met de se débarrasser des germes morbides (partie profonde de nos coupes). Cette théorie a soulevé des objections.

M. Truffi (1) a trouvé des leishmanias dans des lésions dont la

(1) M. Truffi. Sulla Leishmaniosi cutanea. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifililogia*, 1905, p. 679.

biopsie a montré la structure tuberculoïde. Mais cette trouvaille fut faite dans des frottis ; et nos coupes, montrant à la fois un aspect tuberculoïde sans parasites et des parasites en dehors de ce tissu, expliquent le résultat de M. Truffi dont l'objection perd ainsi toute valeur.

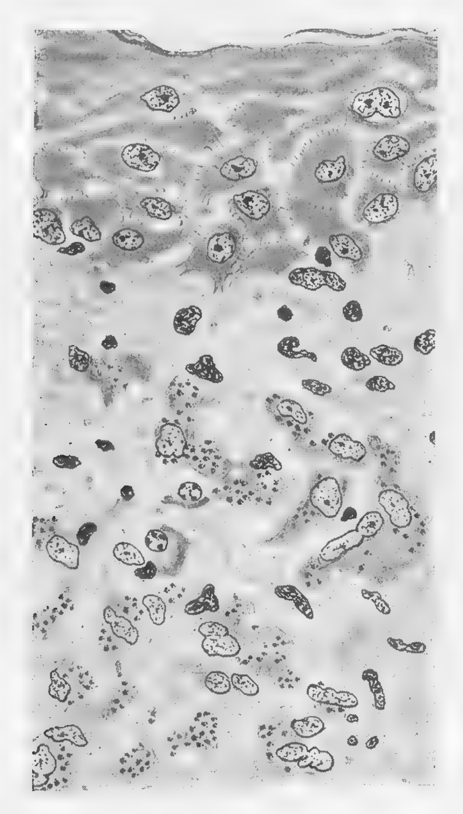


Fig 3. — Couche de cellules inflammatoires de tous les types (derme papillaire) : fibroblastes ; jeunes lymphocytes, plasmocytes et grands macrophages bourrés de leishmanias.

Quant à l'argument de Kroupnikoff qui a vu des leishmanias dans des cellules géantes, Kyrle (1) y a répondu d'avance dans un travail sur la tuberculose cutanée.

(1) Kyrle. Ueber tuberkuloïde Gewebsstrukturen der Haut. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Bd. CXXV, 1919, p. 481.

Cet auteur pense que les cellules géantes témoignent de la persistance d'un certain nombre de germes dans la lésion tandis que les amas de cellules épithélioïdes sont entièrement déshabités.

Il n'y a pas de cellules géantes sur nos coupes, mais l'absence de parasites dans les parties purement épithélioïdes confirme au moins sur un point les idées de Kyrle.

Pour terminer enfin, signalons que notre biopsie fournit l'amorce d'une discussion pathogénique.

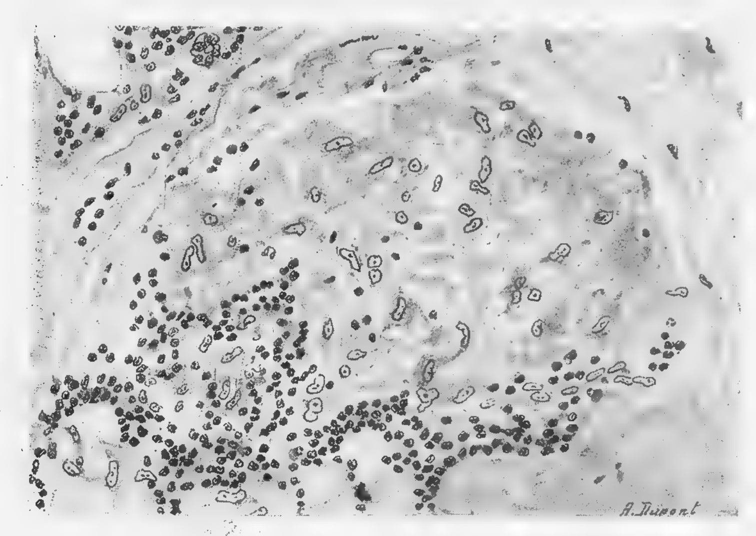


Fig. 4. — Amas profond de cellules épithélioïdes bordé à sa partie inférieure seulement par une traînée de lymphocytes. Aucun parasite visible.

La répartition des lésions et des parasites, avec l'interprétation donnée plus haut, porte à croire que la maladie progresse de la profondeur vers la surface : les cellules épithélioïdes abandonnées par les leishmanias se trouvent en effet dans la région profonde, tandis que les cellules encore parasitées et les parasites libres sont au voisinage de l'épiderme. Serait-ce donc une lésion embolique ? Ne faut-il pas plutôt admettre qu'il y a eu inoculation en profondeur et qu'après une période de latence le mal s'est mis à progresser de la profondeur du derme vers l'épithélium ? Il serait intéres-

sant de rechercher si dans les lésions d'inoculation on retrouve ce même processus ascendant.

En manière de conclusion nous insistons sur les faits pratiques suivants : il faudra songer à la possibilité d'un bouton d'Orient en présence d'une lésion pour laquelle on aurait fait jadis d'emblée le diagnostic de sarcoïde de Bœck.

Les traits distinctifs que nous avons signalés plus haut aideraient à faire la discrimination. On cherchera surtout s'il n'existe pas en bordure des lésions une zone d'inflammation banale au niveau de laquelle on trouverait des leishmanias.

Travail du Musée d'histologie de l'hôpital Saint-Louis.

XANTHOMES FAMILIAUX

Par MM.

G. HUFSCHMITT et V. NESSMANN
Médecin Assistant
des hôpitaux de Mulhouse.

Un xanthome généralisé frappant quatre enfants sur cinq, au sein d'une même famille, le fait est assez rare pour qu'il vaille la peine d'être signalé et étudié de près. Il est toutefois regrettable que nous n'ayons pu pousser nos recherches aussi loin qu'il aurait été utile, et qu'aurait dû pouvoir le permettre un concours aussi favorable de circonstances pathologiques. Mais les malades que nous allons passer en revue avaient déjà fait de longs séjours dans les cliniques universitaires, sans qu'une sanction thérapeutique quelconque ait été le couronnement de leur patience. Aussi n'est-ce pas sans quelque difficulté, que nous avons réussi à pratiquer chez eux, une analyse clinique et certains indispensables examens de laboratoire.

Néanmoins, et bien que cette étude soit très incomplète, l'analyse sommaire de ces malades est suffisamment suggestive en elle-même, à cause des éléments particuliers qu'elle révèle.

Trois d'entre eux, ont été présentés à la Réunion dermatologique de Strasbourg en juillet 1929. Le quatrième, actuellement défunt, avait fait l'objet d'une présentation analogue en janvier 1924. Nous résumerons ici les observations dont le détail a été fourni ailleurs.

Antécédents héréditaires : On ne retrouve, chez les ascendants, aucun antécédent hépatique ou goutteux. Signalons toutefois, que la mère présente, sous la muqueuse des lèvres et de la face antérieure des joues, quelques fines granulations jaunes de cholestérine, ainsi que le fait se rencontre fréquemment chez des lithiasiques biliaires, latents ou avérés.

Antécédents personnels : Leurs éléments sont communs à nos quatre malades, dont les âges respectifs s'échelonnent entre 15 et 26 ans. L'un d'entre eux qui aurait aujourd'hui 24 ans, est mort subitement il y a deux ans. Signalons ici le fait, qu'un des membres de la famille, un frère âgé de 17 ans, ne présente aucune trace de xanthome.

Chez ces enfants qui sont normaux et vigoureux à leur naissance le xanthome fait son apparition, entre 3 et 5 ans, à la paume des mains, pour ensuite se généraliser. Vers l'âge de 10 ans chacun d'eux réalise une première crise de rhumatisme articulaire fébrile avec gonflement douloureux des articulations. Celui-ci récidivera souvent au cours de l'existence. S'agit-il ici de rhumatisme articulaire franc, maladie infectieuse, ou d'un rhumatisme goutteux, lequel s'expliquerait par la coexistence habituelle des deux diathèses : cholestérinique et goutteuse? A cause de la fièvre dont il est fait mention dans les anamnestiques, nous pencherions plutôt vers la première hypothèse. Ce rhumatisme est-il la cause d'une commune aortite présentée par ces divers malades, ou bien faut-il voir, dans cette lésion artérielle, un méfait de la cholestérine sanguine (1)? Car si en l'espèce l'aortite n'est pas évidente chez l'aînée de nos malades, en dépit des signes généraux (vertiges) et d'une hypertrophie ventriculaire gauche décelée par la radioscopie, elle ne fait pas l'ombre d'un doute pour les trois autres. Nous avons dit plus haut que l'un des membres de la famille, un garçon de 22 ans était mort subitement il y a deux ans, s'affaissant dans la rue au cours d'une conversation avec un camarade. Comme ses deux sœurs plus jeunes il présentait, à l'auscultation du cœur, les signes suivants : souffle systolique à la base se propageant le long du sternum et dans les carotides. A la percussion, pas d'élargissement de l'aorte, mais hypertrophie du cœur. En outre signes physiques et fonctionnels correspondants : petitesse du pouls, hypotension, pâleur du teint, vertiges et malaises très gênants au cours du travail.

Description clinique.

Les symptômes cliniques atteignant le maximum de développement chez l'aînée de nos malades, il nous suffira de décrire celle-ci,

(1) G. Lévy d'une part, Guempel et Sovalow d'autre part, signalent chacun une aortite xanthomateuse sans diathèse rhumatismale.

nous réservant d'intervenir plus loin, au sujet des modalités particulières que présente la maladie chez les autres enfants.

C'est ici que se trouve réalisée (fig. 1), par excellence, la forme pseudo-goutteuse du xanthome. Ces tumeurs bosselantes, déformant les sommets articulaires, des phalanges et du métacarpe, du coude et à moindre degré des genoux et des pieds, évoquent au premier examen l'idée des nodosités de la goutte chronique. Elles sont de dimensions variables; entre la petite papule punctiforme, grosse



Fig. 1. — La face a été prise, chez nos trois malades, afin de montrer le xanthélasma de la paupière inférieure, lequel est pour Church, le signe obligé du xanthome familial. Remarquer aussi la pigmentation révélée par la photographie.

comme une tête d'épingle en laiton, et qui paraît être la lésion initiale du xanthome, et les tumeurs du coude du volume d'une petite mandarine, sont échelonnés tous les intermédiaires. Leur surface est lisse, régulière et si elle paraît inégale par endroits, c'est à cause de la confluence de certains éléments de volumes différents, qui se juxtaposent sans se confondre. A leur niveau l'épiderme est normal, de teinte rose ou cyanotique; la vitro-pression, d'ailleurs, révèle

que cette coloration est purement cutanée, et que la teinte de l'élément xanthomateux est jaune-citron. Elle montre aussi que ces for-



Fig. 2.



Fig. 3.

mations, qui paraissent à première vue homogènes, sont souvent constituées, par la coalescence de nombreux petits éléments distincts.

Servant de base à ces formations tumorales, on observe des placards, taches de teinte violacée, marquant au-dessus des téguments une légère saillie, et nettement délimités de l'épiderme normal par une bordure papuleuse ; ici encore à la vitro-pression, on retrouve au sein de la nappe cyanotique les éléments caractéristiques.

Si le dos de la main détient le record pour le volume des formations tubéreuses, en revanche celles-ci se retrouvent beaucoup plus abondantes à la face palmaire des mains et des doigts, laquelle en est littéralement criblée. Mais leurs dimensions varient ici, de celle d'une tête d'épingle en verre à celle d'une petite noisette. Signalons la traînée jaune-or qui marque le sillon des plis palmaires, signe caractéristique du xanthome à son début, et qui souvent précède l'éruption. Se comportant à cet égard comme les néoformations malignes, l'hyperplasie xanthomateuse se développe avec prédilection aux points de frottement, d'accolement et de traumatisation. C'est ainsi que les sommets des coudes étant marqués par une grosse tumeur, on trouve aux plis de flexion des taches xanthomateuses irrégulièrement étalées, surélevées, et à la bordure papillomateuse. Les mêmes formations existent aussi aux plis axillaires.

Signalons encore de vastes placards sur les avant-bras et les bras, sortes de flaques aux contours géographiques, élégamment circinées par une bordure papuleuse jaune-franc. Mais ici, on relève une certaine atrophie tégumentaire au centre de l'élément, dont l'épiderme aminci glisse avec facilité sur les couches plus profondes qui ont perdu leur reflet jaune-citron. Dans ces régions il y a une régression évidente de la maladie, qui laisse comme trace de son passage une atrophie violacée de la peau. Le phénomène est encore plus évident au sommet des genoux, où ces placards d'atrophie simulent assez bien les anétodermies érythémateuses.

En dehors du xanthélasma de la paupière inférieure, lequel est constant chez nos quatre malades, et d'une toute petite formation tumorale au lobule de l'oreille, la tête est épargnée.

Indemnes aussi sont le tronc et l'abdomen.

Sur les fesses et aux genoux nous retrouvons le mélange de tumeurs et de placards remarqués aux mains et aux bras, à un moindre degré de développement d'ailleurs.

Aux pieds, quelques éléments d'aspect et de localisation pseudo-goutteux, ou bien simulant le durillon de l'Hallux valgus. En outre une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, adhérente au tendon d'Achille droit.

Complétons l'observation en disant qu'il s'agit d'une jeune fille de bonne constitution, et que l'examen clinique ne révèle pas de lésions organiques. Toutefois, si l'auscultation du cœur et de l'aorte est négative, la radioscopie montre une incontestable hypertrophie cardiaque.

Les observations de nos trois autres malades seraient à calquer sur la précédente, avec cette particularité qu'il y a une dégression des manifestations xanthomateuses de l'aînée à la plus jeune. Ce fait d'une dégradation d'une diathèse avec le temps est chose vraiment curieuse et inhabituelle. Les tumeurs sont ici, de la première à la dernière, de moins en moins nombreuses et de moins en moins développées. Rappelons, pour mémoire, les signes d'aortite coexistant chez nos trois malades. Divers examens sérologiques (Wassermann, Hecht-Levaditi, Meinicke et Vernes) sont négatifs.

Anatomie pathologique.

Chez l'aînée de nos malades il a été procédé à l'excision totale d'une petite tumeur du poignet, d'une part; et d'autre part d'un fragment de tissu en bordure d'un placard papillomateux de l'aisselle.

Fixation Formol 10 o/o. Coloration : Trichrome Masson-Scharlachroth.

1° Tumeur du poignet (fig. n° 4). A un faible grossissement, ce qui attire d'abord l'attention, c'est la formation xanthomateuse qui occupe une bonne partie du derme, et dont les limites sont en général nettement tracées, malgré qu'il n'existe pas de capsule à proprement parler ; cette néoformation est constituée par des cellules de dimensions inégales, rondes ou ovalaires, parfois polyédriques lorsqu'elles sont pressées les unes contre les autres (fig. n° 5). Dans les mailles du protoplasma spongieux de ces cellules, le Scharlachroth met en évidence des fines granulations graisseuses amorphes aux dimensions inégales et abondantes, surtout dans les amas périvasculaires, confirmant ainsi le rôle ambocepteur attribué à

ces éléments (P. Masson, Pautrier et G. Lévy). Les noyaux de ces cellules sont petits, ronds à chromatine dense et souvent multiples, leur membrane limitante est mince.

Au centre de la tumeur certains de ces éléments prennent un aspect géant, et ont un volume double ou triple des éléments moyens. Les mitoses n'y sont pas rares et témoignent de l'activité du processus prolifératif.

Refoulé par la néoformation contre l'épiderme et l'hypoderme, le

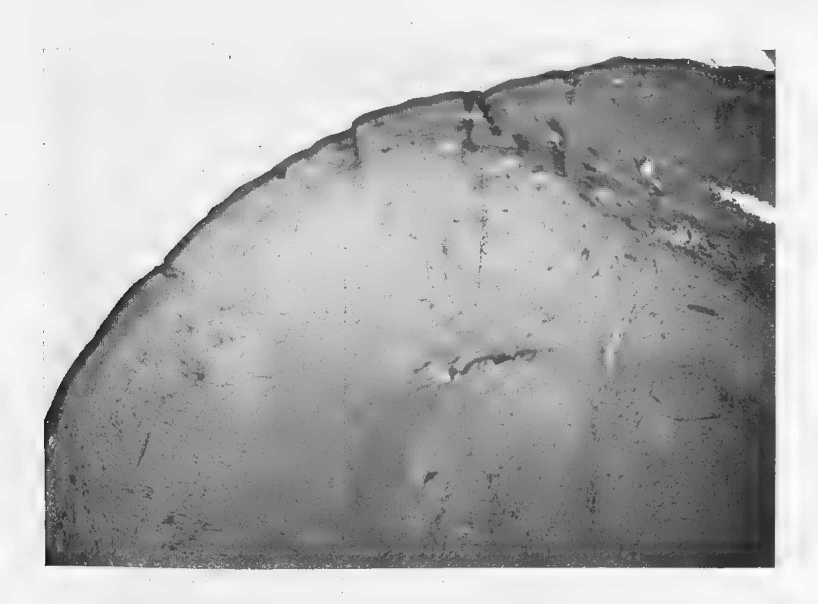


Fig. 4.

derme est aminci ; à la périphérie de la tumeur surtout, il émet de grêles traînées conjonctivo-fibreuses, qui ordonnent la néoformation xanthomateuse, en rangées ou en petits nodules. En quelques points une réaction spéciale du collagène, au contact des cellules tumorales, fait soupçonner une ébauche d'enkystement. Les fibres élastiques sont courtes et peu épaisses.

Les vaisseaux sont rares au centre de la tumeur et entourés par quelques éléments discrets lympho-plasmocytaires. Ils deviennent au contraire abondants et de calibres variés à la périphérie de la néoformation, s'entourant ici de cellules xanthomateuses disposées

en rangées concentriques, à protoplasme riche en corps gras. Ici d'ailleurs il n'y a plus la même différenciation entre le xanthome et le tissu conjonctif, les cellules xanthomateuses parties des vaisseaux s'insinuent en coulées entre les faisceaux de collagène; c'est ici la structure du xanthélasma que l'on constate.

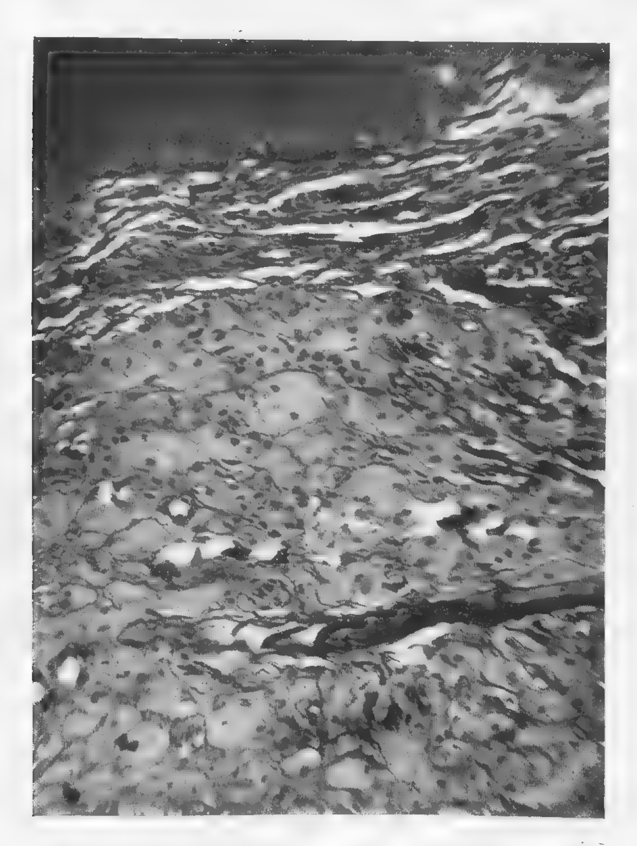


Fig. 5.

Les modifications de l'épiderme, comme celles du derme, sont commandées par la néoformation sous-jacente. A un derme aminci, sans papilles correspond un épiderme réduit dans sa hauteur, aux cellules épineuses, aplaties, aux sillons interpapillaires effacés. Où la tumeur ne refoule plus les tissus voisins reparaît la confirmation

normale de l'épiderme. La couche basale est un peu plus chargée en pigment que normalement. Bulbes pileux rares et normaux.

2° Placard axillaire (fig. n° 6). Les éléments essentiels sont ici les mêmes qu'ailleurs, avec cette nuance que les cellules spumeuses ne sont plus agglomérées en tumeur concrète, mais disposées confusément en amas plus ou moins importants, autour des vaisseaux et des capillaires nombreux en cet endroit. Ces néoformations déter-



Fig. 6.

minent des saillies des soulèvements papillomateux de l'épiderme, qui présente un certain degré d'hyperkératose, mais la peau est verruqueuse même dans les endroits où il n'y a pas de ces amas, c'est-à-dire, à la périphérie des éléments où la structure redevient normale.

Poils assez nombreux et d'aspect normal. A signaler la rareté des glandes sudoripares.

L'analyse chimique montre que ces formations sont constituées en grosse partie par de la cholestérine.

Pathogénie.

La première impression qui résulte de l'étude des xanthomes familiaux c'est qu'ils ont pour substratum un dysfonctionnement de la glande hépatique. Le fait a été mis en lumière par Marcel Grenaud (1) qui a relevé, dans son cas, une cholestérinocholie au-dessous de la normale. *A priori* la conclusion qui s'en dégage est la suivante : Il y a hypercholestérinémie parce que l'élimination de la cholestérine par la bile est diminuée, c'est la fonction excrétrice du foie qui est touchée.

Cette hypothèse suscite immédiatement des objections qu'on n'a pas manqué de soulever chaque fois qu'il s'est agi de discuter la pathogénie du xanthome : il y a des xanthomes avec cholestérinémie normale ou voisine de la normale. Le fait est peut-être exact, malgré que l'on puisse toujours faire des réserves au sujet de certains dosages de cholestérine qui sont variables d'un laboratoire à un autre. En tout cas, en matière de xanthomes familiaux l'opinion des différents auteurs est unanime et ne comporte aucune restriction : la cholestérine sanguine a toujours dépassé la normale, acquérant souvent une valeur élevée; dans nos quatre cas elle a oscillé entre 2 gr. 40 et 8 gr. 16 en passant par les chiffres de 5 à 6 grammes (2). Si donc l'hypercholestérinémie est constante et forte dans les xanthomes familiaux le fait n'est pas négligeable et conserve sa valeur pathogénique.

Et s'il est exact que d'autres xanthomes, non familiaux ceux-là, ont pu coexister avec une cholestérinémie normale, cela provient sans doute de ce que la pathogénie des différents cas n'est pas univoque, et qu'il intervient dans leur détermination un autre élément, humoral ou cellulaire, qui insolubilise le corps gras, et favorise sa précipitation en certaines régions. Cette explication répond d'elle-

(1) Les xanthomes familiaux, Thèse de Paris 1927, et *Monde Médical*, n° 712, 1er août 1927.

(2) Ces dosages ont été exécutés suivant la méthode de Grigaut. Celle-ci a été fort critiquée par Windaus qui opère en précipitant la cholestérine par la digitonine. Il est certain que les méthodes pondérales sont plus exactes que les méthodes colorimétriques. Néanmoins nous estimons que, dans les cas de cette espèce, l'approximation fournie par les méthodes colorimétriques est chose suffisante.

même à la critique formulée contre la théorie hypercholestérinémique du xanthome, critique qui elle représente un fait acquis : il y a des terrains fortement hypercholestérinémiques sur lesquels ne fleurit pas le xanthome. Dans ces cas la cholestérine ne se dépose pas au sein du tissu conjonctif ou bien parce qu'une composition spéciale des humeurs permet la sursaturation, ou bien parce que le tissu réticulo-endothélial ne possède pas d'aptitude chimique à troubler cette sursaturation. — Toutes conditions biologiques qui seraient d'ailleurs encore à étudier et à préciser.

Un point de la pathogénie serait aussi à élucider. Pourquoi le tissu réticulo-endothélial, auquel Pautrier et Lévy, dans leurs belles études sur le réseau tropho-mélanique font jouer un rôle important dans les échanges nutritifs, pourquoi le tissu réticulo-endothélial fixe-t-il électivement la cholestérine dans certains cas? Doit-on considérer le fait de cette hyperplasie comme une dystrophie de ce tissu, et faire intervenir la maladie dystrophiante entre toutes : la Syphilis. Une observation de Rathery et Gournay (1), une autre de Fernandez de la Portilla (2) montrent que le terrain hérédo-spécifique existe dans certains cas. Ces faits, malgré leur rareté, ont leur valeur qu'on ne doit pas méconnaître au chapitre si obscur de l'étiologie, ni même à celui de la thérapeutique.

L'étude des différentes fonctions de la glande hépatique, que nous n'avons pu malheureusement réaliser, serait ici à approfondir et révèlerait sans doute des faits curieux. L'un d'eux a d'ailleurs été mis en lumière par Marcel Grenaud sans qu'il ait pu en donner une explication satisfaisante. Si, en effet, l'uricémie est ici normale ou peu élevée, les xanthomes familiaux se caractérisent par leur hypoglycémie. Marcel Grenaud signale encore que cette hypoglycémie est constante et invariable, quel que soit le régime glycémiant auquel on soumette le malade. Dans nos cas nous retrouvons cette hypoglycémie, mais non pas invariable d'une année à l'autre. C'est ainsi qu'en 1927 les analyses nous donnent 0,58 et 0,59 glucose, et en 1929 : 0,85. Smidt, qui a eu l'occasion en 1919 d'étudier les mêmes sujets, trouve chez l'aînée de nos malades, 0,90 glucose.

(1) Xanthome, diabète et syphilis. Rathery et Gournay, *Société Médicale des Hôpitaux*, 14 novembre 1924.

(2) Xanthome multiforme généralisé de caractère familial. Fernandez de la Portilla, *Acta dermo-sifiligraficas*, 21e année, n° 8, mai 1929.

D'une façon générale la glycémie est donc basse chez ces sortes de malades, mais nous ne l'avons pas trouvée invariable. Ce fait est d'ailleurs en lui-même, assez déconcertant, et ne correspond pas aux signes classiques de l'insuffisance hépatique laquelle suppose l'hyperglycémie et la glycosurie alimentaire.

Comment l'interpréter? Dire avec Shibata que le glucose est indispensable au métabolisme des graisses que le foie brûle au feu des hydrates de carbone, correspond peut-être à une réalité qui expliquerait ici la dégradation incomplète des corps gras, et préciserait ainsi le rôle joué par l'hypoglycémie, mais non pas sa cause. Celle-ci, quelle est-elle : y a-t-il dans ces cas un abaissement du seuil sanguin du glucose par hyperglycogénie, et le foie des xanthomateux est-il en hyper au lieu d'être en hypofonctionnement? Ou bien s'agit-il d'une suractivité pancréatique qui oxyderait en plus grande quantité les hydrates de carbone? Le problème attend encore une solution. En présence d'une glycémie insuffisante chez les xanthomateux familiaux, l'esprit est tenté en toute simplicité, d'y voir une explication des circonstances pathologiques : la solubilité de la cholestérine du sang est abaissée, parce qu'il y a manque de glucose. Un seul fait suffit à ruiner cette hypothèse trop primesautière : il y a des xanthomes chez des diabétiques.

Intéressant serait aussi à consulter le rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globulines}}$.

Les études récentes des néphroses lipoïdiques, ont en effet montré que les lipoïdes du sang ne peuvent se maintenir en solution que combinés à une fraction de la sérumalbumine. Une baisse du rapport cité plus haut provoque la floculation des lipoïdes, et l'augmentation de la lipémie. Or les xanthomateux sont des malades dont le métabolisme général des graisses est troublé. Leur sérum est lactescent et riche en matières grasses dont l'évolution incomplète aboutit à la cholestérine.

Mais, d'autre part, hypoglycémie et lipémie des xanthomateux nous amènent à envisager l'intervention possible de la glande associée au foie : le pancréas (1). L'étude de ses fonctions contribuerait peut-être à éclairer la pathogénie de certains xanthomes.

(1) L. Binet et P. Brocq. La lactescence du sérum sanguin au cours de la pancréatite hémorragique, *in Paris Médical*, tome XIX, nº 20, 18 mai 1929.

Traitement.

En raison des imprécisions qui entourent l'étiologie et la pathogénie de cette affection, on serait tout naturellement porté à faire une thérapeutique « des bras croisés ». Ce ne sera pas notre ligne de conduite, et nous estimons que tout traitement peut être essayé dans une dermatose aussi inesthétique atteignant des jeunes filles, à condition qu'il soit au moins inoffensif.

A la réunion dermatologique de Strasbourg, en juillet 1929, Georges Lévy nous conseillait l'ablation chirurgicale des plus grosses tumeurs, sachant par expérience, qu'elles ne récidivaient pas *in situ*. Nous le suivrions d'autant plus volontiers sur ce terrain qu'il n'y a pas eu de récidive à l'endroit où nous avons extirpé une tumeur pour biopsie. Sans doute la cicatrice résiduelle, un peu chéloïdienne, n'est-elle point parfaitement esthétique ; elle l'est en tout cas beaucoup plus que ces gros nodules bosselant et déformant les régions atteintes. Mais l'action de la chirurgie est ici limitée par l'extension et la configuration du processus.

Pour les mêmes motifs les agents physiques, si précieux en d'autres circonstances, ne peuvent être ici d'aucun secours. Avec la radiothérapie on n'obtient aucune modification des xanthomes. La neige carbonique ou la fulguration, ne trouvent pas ici leur place, à cause de l'étendue et de la dimension des lésions.

L'étiologie spécifique étant très douteuse en raison de l'absence de signes cliniques et sérologiques, un traitement d'épreuve bismuthique est néanmoins justifié par les deux observations de xanthomatose sur hérédo que nous avons mentionnées.

Peut-on tenter la solubilisation de la cholestérine par une modification du milieu sanguin ?

La cholestérine organique est un alcool secondaire de formule complexe. Qu'elle puisse provenir, pour une part, des cholestérines alimentaires, animales et végétales, le fait est probable. Il y a donc lieu d'interdire, aux xanthomateux, les aliments gras. Dans l'organisme, selon Guy Laroche et Grigaut, ses organes d'élaboration sont la rate, les capsules surrénales, l'ovaire et le foie. Peut-être le même rôle est-il dévolu à toutes les cellules de l'organisme. — Sa

solubilité dans l'eau est nulle, et si le sang arrive à en maintenir une proportion variable en solution, c'est certainement à sa composition chimique spéciale qu'il le doit. On peut donc essayer d'introduire dans l'organisme des substances solubilisantes (essence de térébenthine, pyridine, etc.) ou oxydantes (manganèse, fer, etc.) qui transformeront la cholestérine en composés plus solubles : oxycholestérines-acide cholalique.

Mais il y a une thérapeutique qu'il ne faut pas négliger et qu'on doit combiner aux autres : c'est celle qui consiste à exciter l'excrétion biliaire et par là même celle de la cholestérine : oléate de soude, sulfate de soude, atophan seront à utiliser, et si possible combinés à une cure à Vichy. Dans un cas de xanthome, non familial celui-là, que nous avons eu à traiter, cette méthode nous a fourni un bon résultat.

Lorsqu'on contemple les déformations causées par ces grosses tumeurs pseudo-goutteuses, on a peine à croire, qu'un traitement diététique ou médicamenteux quelconque puisse en modifier l'importance. Et pourtant, comme nous le faisions valoir dans notre étude clinique, il se produit spontanément des fluctuations dans la consistance des hyperplasies cholestériniques du xanthome. Pourquoi ne pas espérer pouvoir accroître ces phénomènes d'échange par la thérapeutique?

SUR LA CYTOSTÉATONÉCROSE (OLÉOGRANULÈME) CUTANÉE ET SUBCUTANÉE TRAUMATIQUE, EXPÉRIMENTALE

Par J. M. SCHWARZMANN.

Institut vénérologique de l'Etat du nom du prof. V.-M. Bronner (Moscou), prof. N.-S. Ephron, directeur de l'Institut et de la Clinique dermatologique, prof. M. P. Demianovitch, chef de la Policlinique.

La première forme de nécrose du tissu graisseux qu'on étudia, fut la nécrose circumpancréatique. Néanmoins, l'étiologie n'en est pas tout à fait claire. Sans doute il s'agit ici d'une destruction très intense de graisse. Pourtant il est difficile de dire si ce phénomène dépend d'un développement excessif du tissu graisseux, comme Balzer le supposait en 1882 déjà, ou bien du grave état cachectique de l'organisme (Chiari). Langerhans considère que la cause de la lésion est l'action fermentative du suc pancréatique sur le tissu graisseux, action dont la puissance lipolytique est bien connue. Dans nombre de cas, il est hors de doute, qu'il existe un rapport de cause à effet entre l'état pathologique de la glande abdominale ou de son canal, et la nécrose graisseuse locale. Cependant, les cas ne sont pas rares où les anatomo-pathologistes comme Gierke (1), Petri (2), aussi bien que les chirurgiens ont exposé une nécrose graisseuse dans la cavité abdominale alors qu'une telle dépendance est plus que problématique, et où la seule explication qu'on puisse donner de l'apparition d'une nécrose, est qu'il doit exister une désorganisation dans la nutrition des tissus.

Sans s'arrêter aux détails de ces formes de nécrose graisseuse, qui n'entrent pas dans le sujet de cet article, il suffit de remarquer

(1) Les préparations microscopiques ont été exposées à la séance du 5 décembre 1929 de la Société dermatologique de Moscou, du nom du professeur Pospelof.

qu'il est question d'un fractionnement de la graisse propre de l'organisme en glycérine et acides gras avec formation de savons et leur absorption ultérieure comme corps étrangers. A un degré plus ou moins marqué c'est là un trait caractéristique de toutes les nécroses graisseuses, indépendamment de leur localisation et de leur origine mécanique.

Certains auteurs, comme Lecène et Moulonguet (3), nomment ce curieux processus « la cytostéatonécrose », d'autres, comme Roffa (4) maintiennent la dénomination proposée par Masson, de « granulème lipophagique ». Dans la médecine allemande on appelle ces cas : « Fettnecrose ». Henschen (5), dans son travail consacré aux tumeurs sous-cutanées, qui se rapportent à des injections non résorbées de camphre, a le premier introduit le nom de « oléogranulème », qu'on emploie aussi volontiers en Russie, après les travaux d'Abrikossof (6) et de ses élèves, pour désigner la réaction des tissus, qui se relie à une résorption de graisse ou d'huile étrangères, aussi bien qu'à celle de la graisse fractionnée de l'organisme lui-même.

Quant au derme et au tissu sous-cutané, si l'on s'en tient à la classification d'Abrikossof, il faut y distinguer quatre formes différentes d'oléogranulème. 1° *Oléogranulèmes d'injection*, c'est-à-dire qui se produisent aux endroits où l'on a fait des injections de paraffine, d'huile de vaseline, de solutions de camphre et autres substances étrangères. Le mode d'absorption de ces substances, l'aspect et la structure de la tumeur qui se forme, et le résultat du processus — tout cela a été décrit à fond dans les travaux, issus de la clinique du professeur Mestchersky (7), dans les travaux et les communications de Koutepoff (8), Henschen, Binet et Verne (9), Hudelo et Rabut (10), Winternitz (11) et d'autres. 2° *Oléogranulèmes circuminflammatoires*, c'est-à-dire ceux qui sont le résultat d'une participation secondaire du tissu graisseux au processus inflammatoire des tissus avoisinants. On trouvera des indications à ce sujet dans le travail circonstancié de Marchand (12). Host-Aestel (citation de Farr) a vu fréquemment des nécroses du tissu conjonctif de l'abdomen, chez les sujets obèses à la suite de laporotomie. 3° *Oléogranulèmes spontanés*, se produisant par eux-mêmes, d'origine probablement ischémico-toxique, constatés parfois bien des années après chez les personnes ayant eu le typhus exanthéma-

tique. Je crois devoir indiquer ici les travaux des auteurs russes : Garschine (13), Abrikossof, Davydovsky (14), Weil (15), Schueninof et Goldberg (16), Hesse (17), Zeouère (18), lesquels, pendant les années où sévit le typhus exanthématique, étudièrent la nature de cette maladie et firent voir qu'il s'agit ici non d'une absorption de l'huile injectée, mais bien d'un foyer nécrobiotique, des tissus graisseux. Je pense qu'il y a lieu de considérer comme un tel oléogranulème, dû à une ischémie locale, le cas décrit par Heyde (19). Chez une femme, présentant des dilatations et des nodosités veineuses, on vit, sur la hanche droite, une grande nodosité (mesurant jusqu'à 10 centimètres de diamètre) qui se trouva être un oléogranulème, lequel s'était formé dans la région d'une embolie veineuse. L'opinion de Hess que dans tous les cas de ce genre il y a une lésion, ne fut ce que minimale, microscopique, du pancréas, me paraît bien douteuse. Heyde se prononce dans le même sens. Fhöle attire l'attention sur l'apparition spontanée de la nécrose du tissu graisseux chez beaucoup d'espèces de porcs. Un cas intéressant d'oléogranulème sub-cutané est décrit par Kogan-Jasni (20), lors d'une silicose générale, maladie professionnelle, provoquée par la pénétration de molécules de poussière de SiO_2. 4° *Oléogranulèmes traumatiques*, dont la formation, comme leur nom lui-même l'indique, est précédée et amenée par une lésion traumatique. Il va de soi, que le terme « traumatisme » est très élastique et même subjectif en une certaine mesure. S'il y a un trauma sérieux, d'ordinaire c'est avant tout la peau qui aura été atteinte, et seulement ensuite, le tissu graisseux sub-cutané. C'est ce qui permet de parler d'une cytostéatonécrose secondaire circuminflammatoire, plutôt que d'une cytostéatonécrose traumatique primaire. Si le traumatisme n'a pas amené de lésion tant soit peu apparente de la peau, il n'attire pas, en règle générale d'attention suffisante de la part de la victime et les données anamnestiques qu'on obtient à ce sujet, sont très restreintes et vagues. De cette façon, le lien entre l'oléogranulème traumatique et le traumatisme qui l'a précédé, est loin d'être net et évident pour chaque cas donné. Lanz (21) a décrit d'une façon détaillée, dans un travail spécial « Nécroses traumatiques du tissu graisseux », le cas d'une femme, souffrant d'une tumeur dans la région du côté gauche du sein. C'était un grand foyer d'une nécrose du tissu cellulaire. Il y avait avant que le mal ne se

déclarât « un trauma insignifiant, passé inaperçu — un choc contre le bord d'une table ». Le lien de cause à effet entre le trauma et le mal dont il a été suivi, ressort davantage d'un second cas, celui de Berner (cité par Heyde), où la nécrose s'est développée à la suite d'un coup à la poitrine.

Si l'on étudie les travaux extrêmement circonstanciés de Lecène et Moulonguet et de Farr (22), on s'aperçoit que chez certains malades (les cas : 1, 3, 5, 7 de Farr) un trauma a certainement eu lieu avant que n'apparussent des indices cliniques d'un oléogranulème. On peut dire en somme, qu'il n'y a pas à douter de l'existence de ce que l'on nomme la cytostéatonécrose traumatique, mais que son diagnostic, comme mal traumatique, s'appuie souvent sur des données anamnestiques très subjectives. Berner, Heyde et Farr ont suivi pour leurs recherches dans ce domaine, une voie plus objective — celle de l'expérimentation. En serrant, au moyen de pincettes ou d'autres instruments, pendant un temps plus ou moins long, le tissu graisseux d'un chat (Berner), d'un chien (Heyde), d'un porc (Farr) ils obtinrent la saponification de la graisse et les phénomènes histologiques d'une nécrose du tissu graisseux. Autant qu'il m'est connu, pour des raisons faciles à comprendre, on n'a pas expérimenté sur l'être humain.

Ces données sont déjà amplement suffisantes pour qu'on soit d'accord avec Lecène et Moulonguet, qui affirment que la cytostéatonécrose sub-cutanée, est dans bien des cas, d'origine traumatique, et aussi avec Lee et Adair qui estiment que le trauma est 70 fois sur 100 la cause du mal. Ce chiffre, ainsi qu'on le verra plus loin, est non seulement pas exagéré, mais il est il se peut, même au-dessous de la réalité. Les cas de Pfeifer (23) et de Rothmann (24), peu clairs quant à l'étiologie, doivent aussi être compris dans la même catégorie.

Quelles sont les propriétés du tissu graisseux situé dans la peau et dans le tissu sub-cutané cellulaire? Comment réagit-il contre telle ou telle de nos interventions expérimentales, et en premier lieu contre les injections intradermiques et sousdermiques? Existe-t-il un lien entre les injections et l'apparition ultérieure des oléogranulèmes? Ceux-ci ne se produisent-ils toujours qu'après l'injection d'huiles? Il me semble que toutes ces questions ne sont pas dénuées d'un certain intérêt pour les dermatologues, et c'est pourquoi je veux faire part des données expérimentales que j'ai pu obtenir.

Recherches expérimentales.

Expérience n° 1. — Afin d'étudier certaines propriétés de l'hémosidérine ainsi que les altérations qu'elle provoque dans la peau, j'ai fait, dès 1928, une expérience sur moi-même, m'étant convaincu que les lapins, à cause de leur peau trop mince et de leur tendance aux nécroses, ne conviennent pas pour l'expérimentation. Je me suis fait des injections de mon propre sang dans la peau, à la surface externe de l'épaule droite, toujours à peu près au même endroit, en tout dix injections, à intervalles réguliers dans l'espace d'un mois. Le tableau ci-joint indique les endroits et les doses des injections. Après la dixième injection, le pli de la peau était devenu quatre fois plus grand qu'à l'état normal et, au toucher, on sentait une assez forte infiltration, formant une nodosité nettement circonscrite, et s'élevant légèrement au-dessus de la surface cutanée normale. J'omets ici toutes les données touchant l'hémosidérine, ma communication à ce sujet devant paraître prochainement. M. le docteur Frumkine, de l'hôpital du nom de Botkine, a bien voulu fort aimablement, me faire une biopsie de la partie centrale de la lésion avec le tissu cellulaire graisseux sub-cutané. Même macroscopiquement on pouvait se rendre compte du changement subi par ce tissu. Il était d'un blanc grisâtre sale, d'une homogénéité inusitée, et dépourvu du feuillettement poreux habituel. C'est ce qui m'incita à accorder une attention particulière à l'état du tissu graisseux aussi bien hypodermique, lors de l'étude histologique.

Numéros des injections	Injections	
	Dans la peau	Dans l'hypoderme
1.	0,5	»
2.	0,5	»
3.	0,5	0,5
4.	0,4	0,6
5.	0,3	0,7
6.	0,3	0,7
7.	0,3	0,7
8.	0,2	»
9.	0,2	»
10.	0,2	0,3

Données histologiques (*).

La lésion atteint le tissu graisseux tout entier. Colorées de la manière ordinaire, les préparations à la paraffine font voir dans ce tissu une infiltration considérable. Malgré le passage de la prépa-

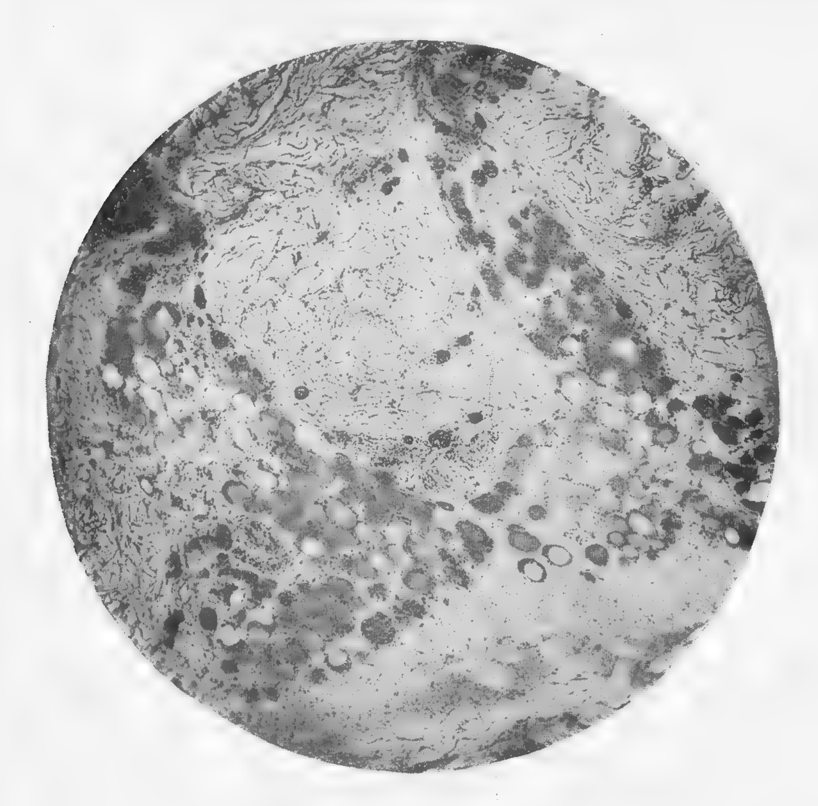


Fig. 1. — Cytostéatonécrose. Aspect général d'une lamelle graisseuse intradermale.

ration à travers toute une série d'alcools, un grand nombre de cellules graisseuses renferment une matière transparente, comme vitreuse, que l'éosine colore en rose. Sur les coupes congelées, colo-

(*) Je tiens à remercier ici M. le docteur B. O. Lindqvist qui fort aimablement a fait les microphotographies pour mon travail.

rées au soudan III et à l'hématoxyline (fig. 1 et 2) à côté des cellules graisseuses contenant encore de la graisse, on en voit d'autres, où celle-ci ne s'est conservée que sous forme d'une bande pariétale plus ou moins étroite, d'anneau, d'arc, de demi-lune ou de croissant, et d'autres cellules encore, en quantité assez grande, totale-

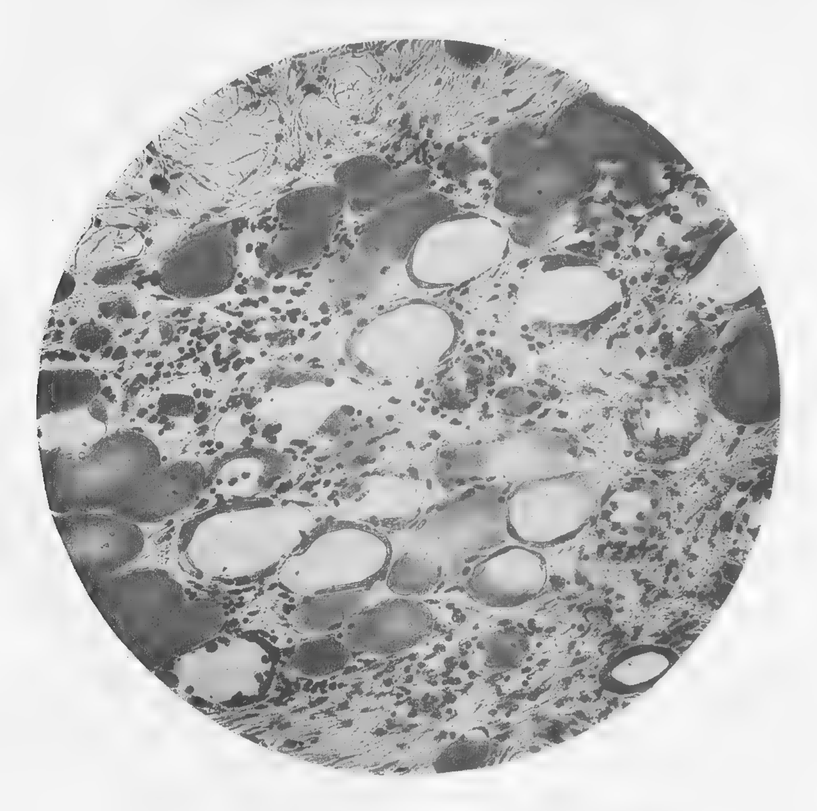


Fig. 2. — Cytostéatonécrose à un plus fort grossissement.

ment dépourvues de graisse. Elles ressemblent à des cavités, des kystes, qui en se réunissant par endroits, forment des kystes de dimensions plus grandes à contours irréguliers. Par-çi, par-là, on aperçoit des amoncellements arrondis de cristaux rayonnants, d'acides gras, étroitement serrés les uns aux autres. Les couches du tissu intermédiaire fibreux et poreux sont dilatées et ont par

endroits, surtout dans les régions périphériques des lamelles graisseuses, l'aspect de trabécules épais que traversent les vaisseaux dilatés et injectés. L'infiltrat, assez abondant, quoique distribué inégalement, se compose d'une quantité modérée d'éléments à noyaux arrondis, d'un nombre plus grand de cellules épithélioïdes

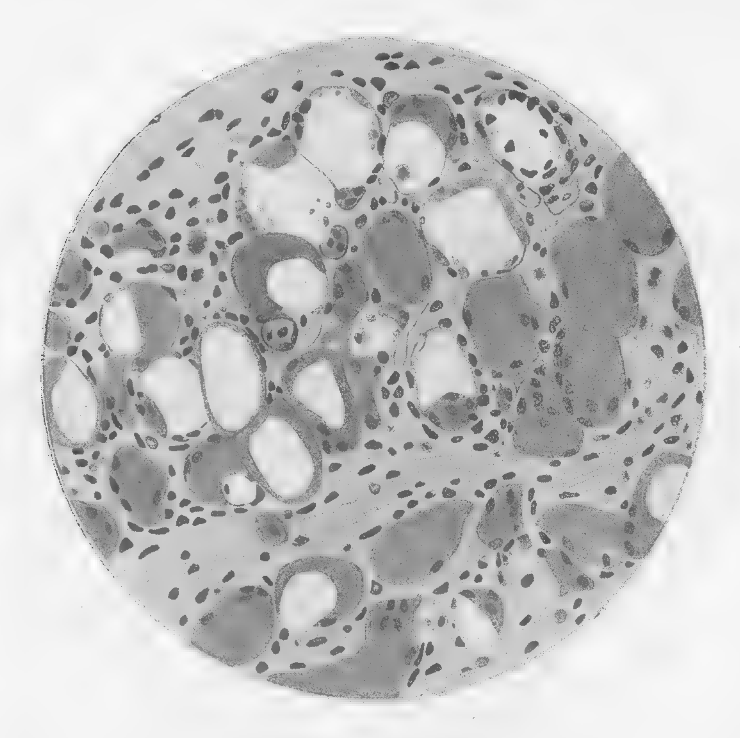


Fig. 3. — Cytostéatonécrose à la suite d'une injection sanguine (expérience nº 1). Cellules graisseuses à différents degrés d'appauvrissement graisseux et d'atrophie séreuse. Anneaux, arcs, demi-lunes et gouttes de graisse. Multiplication endogène des cellules. Formation de cellules géantes. Phagocytose de la graisse.

et d'une quantité considérable d'histiocytes à différents stades de développement (clasmatocytes de Ranvier, macrophages de Metchnikoff, polyblastes de Maximoff). La plupart de ces derniers renferment deux noyaux et plus. Dans certains histiocytes (fig. 3) on aperçoit nettement la graisse phagocytée, dans d'autres, une tendance évidente à former des cellules syncytiales (géantes) ; les troisièmes entourent d'un anneau étroit, comme s'ils suçaient, les

cellules graisseuses, les gouttes et les cystes. Il n'y a nul doute (comme cela se voit sur les microphotographies et les dessins) de ce que les histiocytes en plus ou moins grand nombre, ne se trouvent aussi à l'intérieur des cellules graisseuses, aussi bien de celles dépouillées de leur graisse, que de celles qui l'ont conservée en

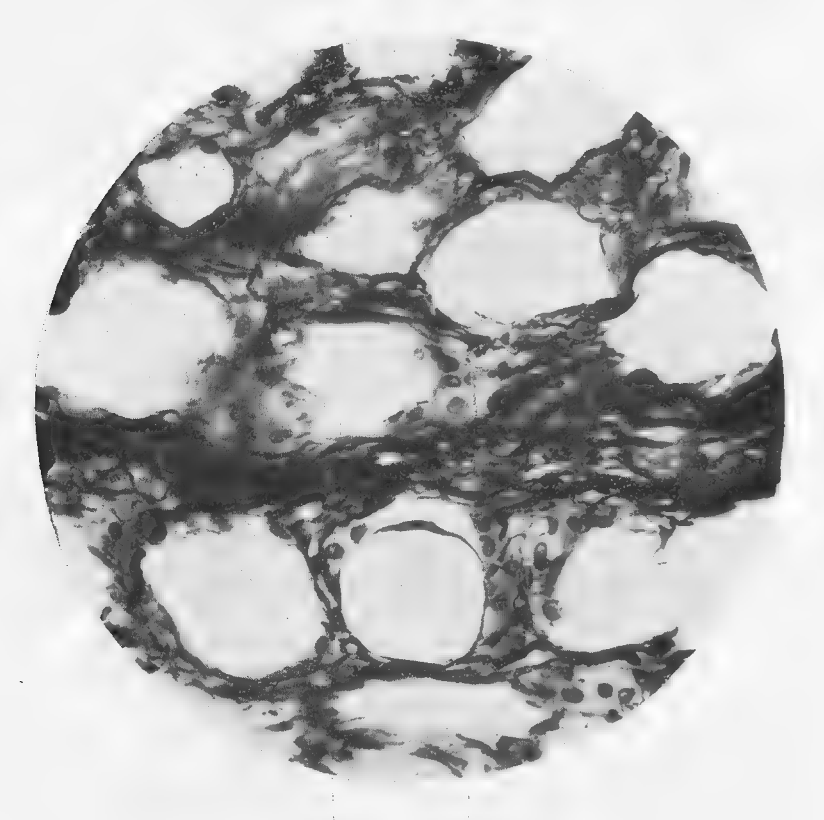


Fig. 4. — Infiltration caractéristique du tissu graisseux et néoformation considérable de fibres collagènes.

totalité ou en partie. Ce que nous venons de dire, est la description d'une parcelle comparativement petite de graisse située dans le derme même (fig. 1). Pour ce qui est de la graisse subcutanée, on y trouve les mêmes changements, seulement beaucoup plus accentués. L'infiltrat ici se rattache à celui, très particulier, des couches profondes du derme. Dans les régions périphé-

riques, en contact avec la peau, on aperçoit une néoformation puissante de tissu collagène, qui semble étouffer les cellules graisseuses dévastées, et dont le volume est devenu plusieurs fois moindre. Ailleurs encore, on remarque un développement du tissu collagène. Une inégalité frappante se fait voir dans la distribution de l'infiltration, ce qui semble correspondre à l'intensité de la lésion chez les

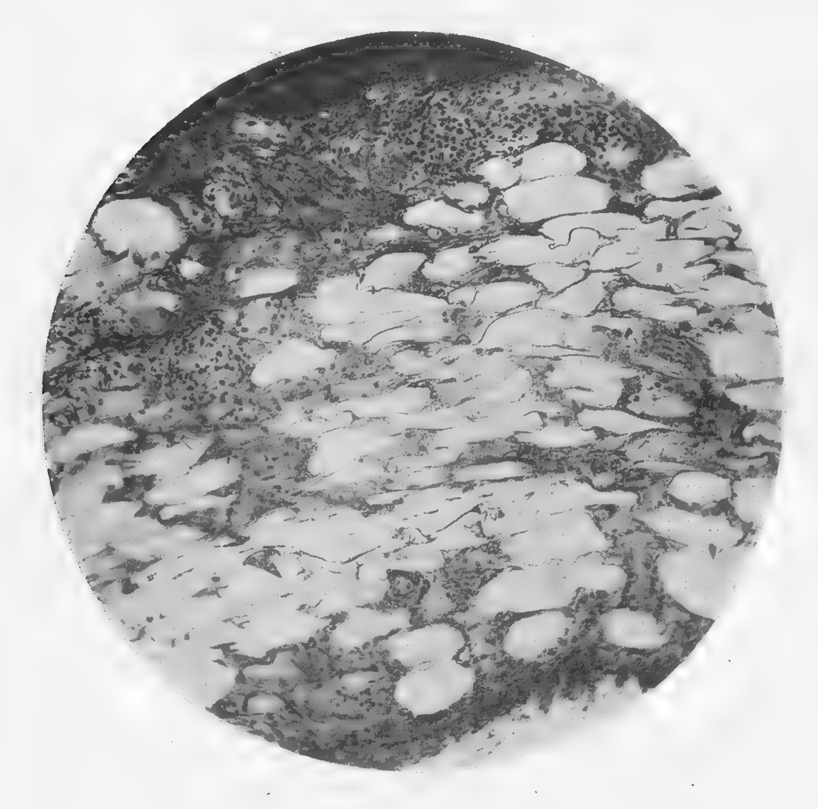


Fig. 5. — L'infiltrat faiblement marqué, dans les parties où la destruction des cellules graisseuses a été la plus forte.

cellules graisseuses. Cette infiltration est plus intense et remplit parfois entièrement les cavités graisseuses là où les contours des cellules se sont maintenues; elle est moins nette lorsqu'il y a une destruction plus grande de ces cellules (fig. 4 et 5, Van Gison). Dans toutes les préparations on trouve une quantité considérable d'hémosidérine, surtout phagocytée.

Ainsi la combinaison des injections sanguines intradermiques et sous-cutanées réalise le tableau typique d'un oléogranulème. Ce fait imprévu, soulève toute une série de questions : 1° faut-il pour obtenir un oléogranulème dix injections au moins? 2° l'oléogranulème s'obtient-il par l'injection d'autres substances? 3° quelle est l'origine de l'infiltration à l'intérieur des cellules graisseuses, c'est-à-dire des cellules de l'infiltrat viennent-elles du dehors ou bien résultent-elles de la multiplication *in loco* du noyau et du protoplasma primitifs?

Comme objet de mes recherches ultérieures j'ai choisi des cochons d'Inde de laboratoire, ordinaires, normalement nourris.

Expérience 2. — On fit à un cochon d'Inde, à peu près au même endroit, à quatre jours d'intervalle, trois injections intradermiques de la solution de carmin dont on se sert d'ordinaire dans la pratique histologique. Au moment de la biopsie, faite sept jours après la dernière injection il y avait, à l'endroit où le carmin avait été introduit, une escarre circulaire, brun-rouge, ayant jusqu'à 1 cm. 5 de diamètre, à rebord détaché, en forme de soucoupe, légèrement concave. La croûte enlevée, on vit un ulcère à bords inclinés, sécrétant un liquide séreux sanguin carminé. Dans l'épaisseur de l'ulcère on sentait au toucher une grosse nodosité d'infiltration. Même macroscopiquement le lambeau sectionné se montrait coloré uniformément en rouge pâle. La peau était soudée avec l'épaisse couche sous-jacente de graisse, homogène, non partagée en parcelles, terne et d'une couleur rouge grisâtre.

Données histologiques. — L'ulcération a un fond hémorragique et nécrotique, elle a détruit l'épiderme, le derme avec la couche normale de tissu cellulaire graisseux, qu'il renferme, et en partie la couche cutanée musculaire. Immédiatement sous le fond nécrotique de l'ulcère, on aperçoit le tissu granuleux avec les cellules de l'infiltrat modéré, dans lequel, à la périphérie, se voient aussi des cellules géantes. Il y a un épaississement très net du tissu fibreux sous-cutané, lequel dans les conditions normales se présente sous forme d'une membrane excessivement mince séparant la peau mobile de la graisse subcutanée. Cet épaississement provient de la néoformation de fibres collagènes avec forte infiltration d'histiocytes et de cellules indéterminées, à noyaux nettement picnotiques. Cet infiltrat passe directement dans la lésion caractéristique du tissu graisseux sous-cutané, sur certaines particularités duquel je m'arrêterai plus loin.

Dans les parties périphériques, non ulcérées de la peau, il y a par endroits, sur le parcours des capillaires, une infiltration disséminée, peu abondante, d'éléments cellulaires ronds et de cellules conjonctives à noyaux fortement colorables ; par-ci, par-là, des hémorragies ; le tissu collagène est filamenteux, la couche de graisse

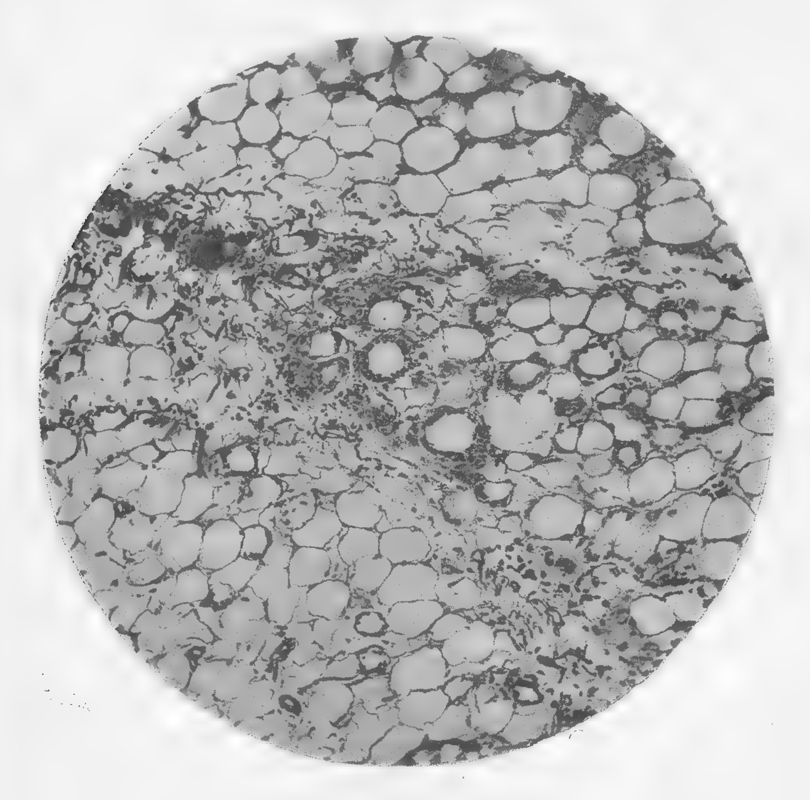


Fig. 6. — Aspect général du foyer de la cytostéatonécrose chez le cochon d'Inde (Van Gison).

cutanée présente nettement un oléogranulème ; il y a une infiltration prononcée dans la membrane dont il a déjà été question et une soudure avec la couche graisseuse sous-cutanée, atteinte d'une façon tout à fait analogue à celle de la couche graisseuse sous-cutanée intermédiaire. Dans les préparations colorées par l'hématoxyline et le soudan on aperçoit distinctement toutes les altérations déjà

décrites en détail dans l'expérience 1. Sans m'y arrêter, je me permettrai seulement d'attirer l'attention sur certaines particularités très instructives, que font ressortir les préparations colorées d'après la méthode de Van Gieson (fig. 6 et 7).

On voit des groupements nombreux de cellules graisseuses avec

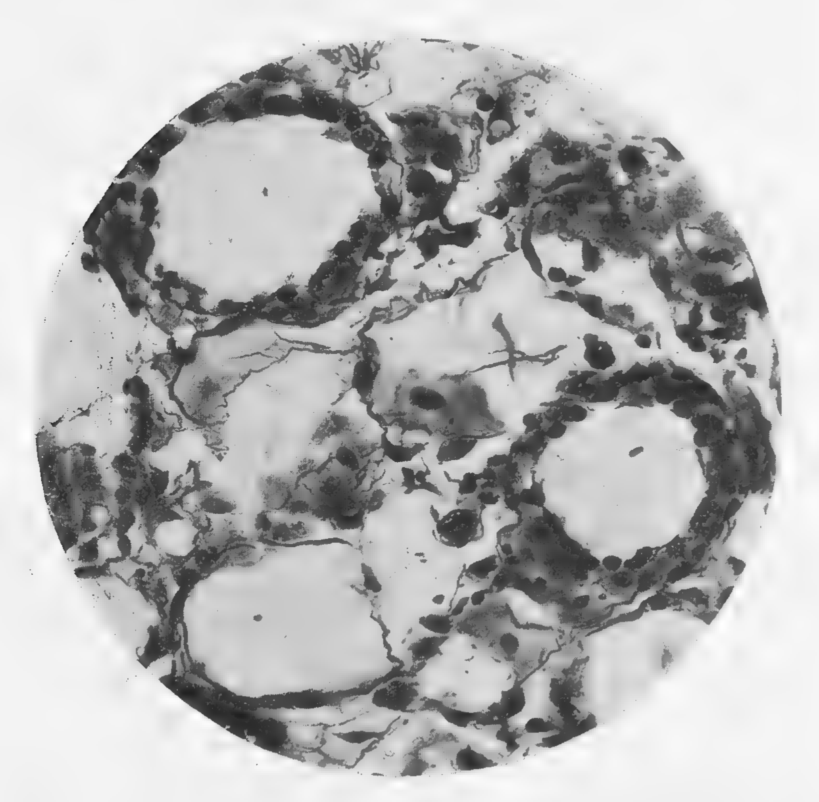


Fig. 7. — Tableau de la multiplication endogène des cellules embryonnaires (de couleur foncée, à cause du carmin qu'elles contiennent). Néoformation de fibres collagènes.

une néoformation intracellulaire parfaitement distincte, d'éléments cellulaires à grands noyaux et à protoplasme abondant, disposés en un anneau simple ou même double, tapissant, pour ainsi dire, à l'intérieur de la cellule graisseuse, la ligne rose de la membrane. Dans certains endroits ces éléments remplissent entièrement les

cavités cellulaires, et sortant au dehors, envahissent le tissu intercellulaire. Dans tous les cas leur origine surtout intracellulaire, paraît évidente. J'ai pu suivre sur une série de préparations, le gonflement ultérieur du protoplasme de ces cellules (dû peut-être à l'action du contenu liquide du kyste), ainsi que la formation des cellules géantes.

Comme je l'ai indiqué plus haut, j'ai aussi constaté les phénomènes énumérés dans mon propre oléogranulème, provoqué par l'injection du sang (fig. 4 et 7). Mais là, ces phénomènes n'étaient pas suffisamment évidents à cause de la présence d'une grande quantité d'éléments cellulaires dans le tissu intercellulaire distendu, car on pouvait tout aussi bien supposer une immigration dans les cellules graisseuses de macrophages isolés d'histiocytes, dont la multiplication avait eu lieu au dehors. Les données de l'expérience sur le cochon d'Inde, ne laissent, ce me semble, subsister aucun doute quant à l'origine endogène d'une grande quantité de cellules, appartenant à l'infiltrat particulier de l'oléogranulème. Ceci concorde complètement avec les conclusions du travail de Czajewicz, selon lequel « dans les cellules graisseuses se produit un abondant développement endogène de jeunes éléments cellulaires » lors d'une inflammation du tissu graisseux, provoquée artificiellement. Flemming (25) qui a beaucoup étudié le processus de formation et de régression de la cellule graisseuse, a vu ce phénomène, sans inflammation, dans une atrophie résultant de simple dénutrition. Il l'a appelé : « Wucherungs atrophie ». A son avis, l'inflammation exerce sur la cellule graisseuse une action physico-chimique, pareille à celle de l'atrophie, en raison de quoi les produits qui en résultent se ressemblent. Dans les expériences de Flemming, les phénomènes de la « Wucherungs atrophie » ne s'observaient que dans des cellules graisseuses isolées, et seulement chez des animaux souffrant d'un amaigrissement rapide, causé par l'inanition ou bien par un trouble de la nutrition. Dans d'autres cas, des phénomènes d'atrophie « simple » ou « séreuse » prédominaient, se manifestant par un remplacement du contenu cellulaire graisseux par un liquide.

Résumant, ce qui précède, nous devons dire que nos expériences nous ont donné, à côté de la véritable cytostéatonécrose des phénomènes plus nets encore des foyers où il y avait une substitution

de cellules endogènes (« cellules embryonnaires » de ROLLET). Il serait plus exact de désigner ces phénomènes comme une « cytostéatonécrobiose ».

Ainsi qu'il a été déjà dit, j'injectais au cochon d'Inde du carmin, ce colorant qui a rendu maints services à bien des savants dans les recherches sur le système réticulo-endothélial. Je n'envisagerai pas ici dans toute son étendue ce vaste problème. Je signalerai seulement que sur les préparations non colorées, ou, mieux encore, sur celles colorées seulement par l'hématoxyline et par le procédé Unna-Pappenheim, j'ai vu partout, aussi bien que dans le tissu graisseux, des cellules nombreuses, à contenu granuleux coloré en rouge carmin lesquelles, au point de vue morphologique, ne se distinguaient presqu'en rien des cellules qu'on nomme « grosses » (« mastzellen »). Seuls, les granules y étaient un peu plus gros que d'ordinaire. J'ai pu me convaincre de cette ressemblance morphologique frappante, en comparant ces préparations avec les préparations histologiques d'une lésion ulcéreuse, probablement pyodermique, de la jambe, où il y avait, à côté d'une infiltration considérable (cellules géantes en grande quantité), et d'une forte imprégnation hémosidérique, des amoncellements nombreux de « grosses cellules » typiques, ne laissant pas le moindre doute. A mon grand regret, je n'ai pas réussi à démontrer la présence de l'hémosidérine dans ces « grosses cellules », car la coloration pour mettre en évidence l'hémosidérine combinée avec celle d'Unna-Pappenheim, n'a pas donné de coloration bleue nette. Pourtant, il faut noter, que la coloration de ces cellules était non pas rouge-orange ordinaire, mais violette. Lorsque la préparation (cochon d'Inde-carmin) était colorée par le Giemsa la substance granuleuse y prenait la même coloration que la substance granuleuse des « grosses cellules » typiques. Il n'y a pas lieu de parler d'un simple mélange de la coloration du carmin avec celle du Giemsa, car, en mélangeant, *in vitro*, des quantités égales des solutions de ces colorants, telles que nous les employons, nous avons obtenu un liquide rouge foncé, alors que la substance granuleuse est devenue d'une couleur bleu foncé. La question des « mastzellen » est bien obscure. Dans les meilleurs ouvrages français et allemands sur l'histopathologie cutanée, on ne leur accorde que quelques lignes à propos de l'*urticaria pigmentosa*. C'est pourquoi il me semble que chaque fait dans ce

domaine, quelque insignifiant qu'il puisse paraître, mérite d'être noté. Sans tirer de conclusions je me permettrai seulement d'énoncer la supposition préalable, que les « grosses cellules » sont des cellules du tissu conjonctif, appartenant au système réticulo-endothélial, qui sont en voie de nécrose à la suite d'une sursaturation extrême par une substance étrangère (carmin, hémosidérine, mélanine).

Les données fournies par les deux premières expériences, m'incitèrent à des recherches ultérieures, afin de savoir : 1° dans quelle mesure les oléogranulèmes obtenus sont véritablement traumatiques et non péri-inflammatoires et 2° si les oléogranulèmes sont provoqués par des injections de liquides diffusibles et facilement absorbables dans le tissu.

Expérience n° 3. — Une solution à 20 o/o de glucose fut injectée dans la même dose, avec les mêmes intervalles et en observant les mêmes conditions que pour l'expérience précédente. Cliniquement on n'obtint qu'un infiltrat insignifiant.

Expérience n° 4. — Suivant les mêmes conditions que précédemment on injecta à un cochon d'Inde une solution physiologique (à trois reprises par o gr. 5). Cliniquement, presqu'aucun infiltrat. Les données histologiques obtenues dans l'un comme dans l'autre cas sont presque complètement identiques.

Données histologiques. — L'épiderme ne se différencie pas de l'état normal. Dans les papilles, des hémorragies assez considérables ; même dans certaines, on note la présence de vaisseaux capillaires tendus vers l'épiderme et surabondamment, remplis de sang. Une infiltration disséminée insignifiante d'éléments, cellules rondes et jeunes cellules du tissu conjonctif, dans la couche papillaire. Une infiltration très légère de même nature existe aussi dans le derme, surtout à l'entour des fragments capillaires congestionnés. Ces phénomènes sont un peu plus apparents dans les parties cuticulaires contiguës à l'assise graisseuse intermédiaire de la peau. La peau n'est nullement soudée avec la graisse sous-cutanée. Cette dernière a été étudiée séparément et l'on n'y a pas constaté de changements. Dans la couche cutanée intermédiaire de graisse les altérations étaient considérables. Ici les vaisseaux, aussi bien capillaires que plus larges, étaient fortement dilatés et injectés. Par-ci, par-là, se montraient des épanchements sanguins. Beau-

coup de cellules graisseuses sont tantôt entièrement dénuées de graisse, ont l'aspect de kystes, et confluent par endroits pour former des kystes plus grands, tantôt gardent des restes de graisse sous forme d'anneaux, de demi-lunes, etc. Bien des cellules présentent le tableau d'une « Wucherung atrophie ». On voit un infiltrat intercellulaire considérable de structure histiocytaire avec addition de cellules géantes. Il y a dans les préparations beaucoup d'agglomérations rondes, formées par les cristaux d'acides gras. Avec le Nilblausulfat, la plupart des cellules et des gouttes graisseuses sont devenues d'une couleur violette plus ou moins intense (acides gras), et le reste a pris une coloration rose (graisse neutre).

Ainsi, le résultat des deux dernières expériences a consisté dans l'apparition d'un oléogranulème incontestable, dû, non à une inflammation primaire, car celle-ci a été insignifiante dans les tissus environnants, mais au trauma qui a détruit l'équilibre physico-chimique de la graisse, et a provoqué le fractionnement et la saponification de celle-ci accompagné d'une multiplication, d'ordre déjà secondaire, exogène et endogène, des cellules, d'une formation de cellules géantes et d'autres phénomènes propres à ce processus. Il est possible qu'ensuite, le processus de décomposition de la graisse devienne plus actif à cause de la présence, dans les lymphocytes, du ferment lipolitique, comme l'a prouvé Bergel (26).

Dans tous mes cas j'ai constaté, comme règle générale, dans le tissu graisseux atteint, une néoformation très marquée par endroits, de grosses fibres collagènes, dont le foyer d'origine était compris dans les débris de la membrane cellulaire graisseuse (fig. 4, 5, 6, 7). Mais, vu le peu de durée des observations, je n'ai pas pu suivre l'étape finale du processus régressif, c'est-à-dire la cicatrisation, ce qui d'ailleurs n'entrait pas dans le programme de cette communication.

C'est consciemment que je n'ai pas fait d'expériences avec des injections d'huile, afin de ne pas m'égarer en dehors du but de mon expérimentation, qui était d'obtenir un oléogranulème sans aucune introduction de graisse ou d'huile étrangères.

Conclusions.

1° A la suite d'une introduction intradermique de différents liquides, il se forme un foyer de cytostéatonécrose (oléogranulème) traumatique.

2° La preuve de l'origine traumatique des lésions ressort du fait, qu'elles peuvent résulter d'injections d'une solution physiologique.

3° Les oléogranulèmes se dessinent plus nettement et envahissent aussi le tissu graisseux cellulaire sous-cutané, si l'on injecte des substances qui obstruent le système réticulo-endothélial et qui par cela même, troublent la nutrition normale des tissus. Ces substances sont : le sang, le carmin et d'autres colorants, et probablement aussi, les huiles.

4° Le tissu graisseux est très sensible au traumatisme direct. C'est pourquoi, en présence de nodosités cutanées et sous-cutanées de nature indéterminée, il faut penser avant tout à un oléogranulème.

5° D'après les données de la littérature médicale, le développement inverse de l'oléogranulème peut être accompagné d'une imprégnation de la cicatrice par des sels calcaires (Abrikossotf, Lecène et Moulonguet, Farr). Il se pourrait bien, que la calcinose cutanée soit précédée d'une nécrobiose du tissu graisseux.

En terminant, je tiens à remercier sincèrement M. le professeur Ephron, M. le professeur Demianovitch et aussi M. le docteur A. V. Ilyina, pathologue-anatomiste de l'Institut vénérologique de l'Etat, pour leur conseils si précieux au cours de mon travail.

BIBLIOGRAPHIE

1. GIERKE. *Verhand. deutsch. path. Geselsch.*, 15 tag., 1912.
2. PETRI. *Zblt. f. all. path. u. path. anat.*, B. 37, n° 1.
3. LECÈNE et MOULONGUET. *Ann. d'anat. pathol. ect.*, 1925, n° 3.
4. ROFFO et MOULONGUET. *Id.*, 1925, n° 1, p. 55.
5. HENSCHEN. *Zblt. f. all. path.*, B. 25, p. 417.
6. ABRIKOSSOF. *Zblt. f. all. path. u. path. anat.*, 1926, B. 38.
7. PROKOPOF. *Russki westnik dermatologii*, 1925, n° 5 (Russ.).
8. KUTEPOF. *Journ. uchnich bol.*, t. IV. n° 1/2 (Russ.).
9. BINET et VERNE. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd.-chir.*, 1927, t. IV, n° 1.

10. HUDELO et RABUT. *Bull. de la Soc. f. de dermat. et syph.*, 1927, n° 1.
11. WINTERNITZ. *Zeitsch. f. Klin. Med.*, B. 50, 1903.
12. MARSCHAND. *Der Processus der Wundheilung u. s. w.*, Stuttgart, Enkl., 1901.
13. GARCHIN. *Sbornik krimskogo bakt. inst.*, 1920 (russ.).
14. DAVYDOWSKI. *Anatomie path. et path. de typhus exanth.*, Gossisdat., 1920 (Russ.).
15. WEIL. *Virch. Arch.*, B. 240, H. 1/2.
16. CHOUENINOF et GOLDBERG. *Sbornik Grekof*, 1921 (Russ.).
17. HESSE. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1924, B. 128, S. 739.
18. LEOUÈRE. *Vratchebnœ delo*, 1927, n° 4 (Russ.).
19. HEYDE. *Deutsch. Zeit. f. Chir.*, 1911, B. 109, p. 500.
20. KOGAN-IASNI. *Vratchebnœ delo*, 1926, n° 7 (Russ.).
21. ZANZ. *Zblt. f. Chir.*, 1898, n° 50, p. 1253.
22. FARR. *Ann. of Surgery*, V. 77, n° 5, 1923.
23. PFEIFER. *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, 1892, B. 50, p. 438.
24. ROTHMANN. *Arch. f. path. Anat.*, B. 136, p. 159.
25. FLEMMING. *Arch. f. microscop. Anat.*, B. 7, p. 328 et p. 32. FLEMMING. *Virch. Arch.*, 1871, B. 56, S. 146.
26. BERGEL. *Deutsch. med. Woch.*, 1923, n° 2, p. 51.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en janvier 1930.

Annales des Maladies Vénériennes (*Paris*).

Contribution à l'étude des lésions post-salvarsaniques du système nerveux, par A. A. Feldman et J. P. Bratzlavoky (Institut dermato-vénéréologique Glawtch à Odessa). *Annales des Maladies Vénériennes*, 25e année, no 1, janvier 1930, p. 1.

Pendant une période de 11 ans, les auteurs n'ont eu que 4 fois l'occasion d'observer des cas d'encéphalite hémorragique, sur 73.173 injections de salvarsan. L'observation qu'ils publient a trait à un homme de 36 ans, syphilitique depuis 1909, irrégulièrement traité. En 1927, il présente une légère congestion de son fond d'œil, de l'aortite ; le Wassermann du sang est positif, celui du liquide céphalo-rachinien négatif, albumine 0,26, lymphocytes 4 par millimètre cube, réactions de Nonne, de Pandy, de Weichbrodt positives. Après la 4e injection de néosalvarsan (0,15, 0,15, 0,30, 0,30), le malade présenta une encéphalite hémorragique, s'accompagnant de lésions de la moelle, et d'une éruption pétéchiale, surtout marquée à l'abdomen et au thorax. Cette éruption érythémato-pétéchiale marchait parallèlement avec les phénomènes cérébraux ; la lésion cutanée servait pour ainsi dire d'indicateur des poussées cérébrales. Cette association exceptionnelle « du purpura du cerveau avec des lésions identiques de la moelle épinière et avec un purpura de la peau » fait l'intérêt de cette observation, et les auteurs proposent une nouvelle pathogénie (atteinte généralisée des vaisseaux).

H. Rabeau.

La polyintolérance médicamenteuse chez les syphilitiques. Un cas d'intolérance au Bismuth, à l'arsenic et au mercure, par P. B. Photinos. *Annales des Maladies Vénériennes*, 25e année, no 1, janvier 1930, p. 17.

Curieuse observation d'un malade intolérant vis-à-vis des trois médicaments antisyphilitiques ; cette intolérance se manifestait pour chacun d'eux par des hémorragies (examen de sang normal sauf l'anémie consécutive).

Dans de tels cas, il y a lieu : 1° d'abaisser les doses en commençant par des doses très faibles croissantes ; 2° d'essayer une dose vaccinante une heure avant la dose normale ; 3° d'user de toutes les médications

antitoxiques et anti-anaphylactiques, et d'employer des préparations voisines, l'intolérance étant le plus souvent dissociée.

Si tous ces moyens échouent, on aura recours aux antisyphilitiques mineurs. H. RABEAU.

Les réactions allergiques aspécifiques dans la syphilis maligne, par E. FOLLMANN. *Annales des Maladies Vénériennes*, 25e année, no 1, janvier 1930, p. 26.

A propos d'une observation de syphilis maligne précoce qu'il publie, F. étudie la réaction de Herxheimer. Elle lui fournit l'explication d'un certain nombre de points dans la syphilis maligne. La cause de l'ulcération, c'est la non-préparation de l'organisme à l'action spécifique de l'agent causal ; l'ulcération est un phénomène toxique aspécifique et non la réaction gommeuse de défense de l'organisme. On ne trouve pas de spirochètes dans l'ulcère, mais ils sont régulièrement répartis dans les ganglions. Le novar en petite quantité ne mobilise qu'un petit nombre de spirochètes, et favorise l'action immunisante. La réaction de Herxheimer se présente d'abord aux endroits éloignés et ensuite dans le voisinage immédiat de l'ulcère. L'urticaire se dispose en cercle autour de l'ulcère parce que l'ulcère est un territoire adynamique d'où les spirochètes ont émigré. Les éruptions nouvelles autour de l'ulcère marquent la limite en dedans de laquelle aucune réaction tissulaire ne peut se manifester, les spirochètes n'existant pas. — En cas de syphilis maligne, l'organisme non traité n'est pas capable de fabriquer des anticorps de défense. La réaction de Herxheimer est dans la syphilis maligne un phénomène aspécifique allergique dû à l'action de la toxine spécifique libérée (toxine du spirochète) sous l'influence d'un médicament spécifique. H. RABEAU.

Archives de l'Institut prophylactique (Paris).

Notes sur la syphilis à Madagascar, par R. HAUTMANN. *Archives de l'Institut prophylactique*, t. I, no 4, 4e trimestre 1929, p. 303.

T. estime que tel qu'il est pratiqué actuellement, le traitement de la syphilis aux colonies ne donne guère de résultats appréciables. Bien plus, dit-il, il peut être nuisible. Les statistiques des diverses provinces donnent un pourcentage très variable (on a établi une moyenne à 77 o/o !). T. a entrepris une organisation méthodique de la lutte, avec examens de sang répétés par la méthode de Vernes. Ainsi, on pourra avoir une notion de la fréquence de la maladie, et contrôler les médications. On se heurte dans le traitement de la syphilis à l'insouciance des malades, à l'impossibilité de les faire bénéficier, de ce fait, d'une médication rationnelle. En outre, certains médecins de dispensaire ne sont pas assez instruits des méthodes de traitement. Étant donné le danger de l'utilisation intempestive des arsénobenzènes et la torpidité fréquente de l'affection, T. conseille de limiter l'emploi des

arsénobenzènes. La médication mercurielle lui semble devoir tenir la première place. Il a utilisé les pilules mercurielles, et s'est servi d'une solution de cyanure de mercure à 1/400 qui a été acceptée et bien tolérée. Enfin, il importe d'éduquer les indigènes, leur indiquer ce qu'est la syphilis et les résultats de son traitement.

H. RABEAU.

L'enchaînement des faits depuis la naissance de la sérologie jusqu'au photomètre, par A. VERNES. *Archives de l'Institut prophylactique*, t. I, n° 4, 4e trimestre 1929.

Ce mémoire est un court résumé historique montrant l'enchaînement des faits depuis la naissance de l'étude de la sérologie jusqu'au photomètre inclus. Cette longue série de recherches, dit V., se divise en deux périodes :

I. — La mesure des *variations humorales* par un procédé de laboratoire et sous le contrôle permanent des *variations apparentes de la maladie* (signes cliniques), le réglage de ce procédé de manière à obtenir un parallélisme entre les deux ordres de *mouvements* ; de telle sorte qu'en l'absence de signes cliniques, le graphique des variations humorales traduit à lui seul l'évolution de la maladie.

II. — L'étude de plus en plus serrée du mécanisme réel des phénomènes expérimentaux, en accumulant tous les matériaux nécessaires pour franchir l'abîme, qui paraissait ici infranchissable entre la médecine et la physique.

On lira avec fruit toute la série des documents justificatifs. V. insiste sur ce fait que ce n'est pas la mesure *isolée* qui fait l'intérêt de la méthode, mais la succession des mesures dont le tracé extériorise l'évolution de la maladie. « L'ensemble des textes et des documents depuis l'origine montre jusqu'à l'évidence que le respect des traditions cliniques *les plus sévères* a conduit l'enchaînement des travaux jusqu'au terme de leurs conséquences logiques ». H. RABEAU.

Dépistage sérologique de la syphilis dans les dispensaires chez les sujets considérés comme tuberculeux, par C. MARTIN et M. LÉGER. *Archives de l'Institut prophylactique*, t. I, n° 4, 4e trimestre 1929, p. 333.

Voici deux observations qui montrent l'importance qu'il y aurait à associer toujours la lutte contre la tuberculose et la syphilis. Il s'agit de deux femmes niant tout antécédent de syphilis et traitées pour bronchite. Le médecin demanda la réaction à la résorcine pensant à une tuberculose. Les deux floculations au peréthynol et à la résorcine furent pratiquées et montrèrent une syphilis ignorée. Seule l'amélioration des signes cliniques sous l'influence du traitement arriva à convaincre la malade de la réalité du diagnostic de syphilis pulmonaire.

H. RABEAU.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Maladie de Darier (psorospermose folliculaire), par Panagiotis G. Photinos. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 5e année, n° 12, décembre 1929, pp. 576-607, 12 fig.

Excellente revue générale avec bibliographie complète de cette affection rare et une observation personnelle minutieusement étudiée.

Jeune femme de 30 ans qui à l'âge de 22 ans présenta deux poussées successives d'une éruption croûteuse localisée aux tempes et au vertex ; une première poussée de 5 mois environ fut suivie d'une accalmie de 2 mois ; l'éruption naquit derrière les oreilles pour s'étendre progressivement sur la face, finalement envahir le tronc et la région inguinale. Les lésions étaient formées de papules jaunâtres ou rougeâtres très rapprochées, kératinisées ; l'arrachement de la croûtelle la montrait enchâssée dans l'orifice dilaté d'un follicule sébacé. A noter la localisation à la muqueuse génitale qui est tout à fait exceptionnelle.

Tous traitements, y compris la radiothérapie furent inefficaces.

L'auteur termine son travail par une longue étude de l'anatomie pathologique, de l'étiologie et de la pathogénie de la maladie.

A. Bocage.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Considérations sur les avantages sociaux et économiques de la malariathérapie, par Leroy et Médakovitch. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 3e série, t. CIII, 94e année, n° 1, 7 janvier 1930, pp. 51-53.

Comparant les résultats obtenus avec et sans malariathérapie dans le traitement de la paralysie générale, les auteurs constatent que 50 o/o des traités ont pu sortir de l'hôpital contre seulement 2 o/o des autres et que dans leurs services, qui reçoivent les malades très avancés, la mortalité est tombée de 56,8 à 22,5 o/o.

Pour les malades traités en 1928, il en résulte une économie de 167.490 francs. Ces résultats corroborent une statistique de Schulze qui, en 1923, notait une économie de 350 marks par malade traité.

Un tableau statistique détaillé accompagne ce travail.

A. Bocage.

Présence du spirille de la fièvre récurrente dans le cerveau des animaux immuns, par C. Levaditi, T. Anderson, F. R. Selbie et Mlle R. Schœn. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 3e série, t. CII, 93e année, n° 42, 24 décembre 1929, pp. 705-715, 3 fig.

Les auteurs étudiant l'encéphalite récurrentielle à *Sp. Duttoni* constatent la persistance du germe sous une forme spirillaire dans l'encéphale *virulant* d'animaux immuns. Le fait que ce phénomène n'est pas constant laisse penser que le virus récurrentiel, habituellement à l'état ultra-microscopique, peut, dans certaines conditions, achever son cycle évolutif et aboutir à la forme spirillaire.

Les auteurs y voient une analogie frappante avec ce qui se passe dans la paralysie générale où la forme spirillaire du tréponème ne serait en réalité qu'une des phases du cycle évolutif du spirochète pâle neurotrope.

A. Bocage.

Bulletin général de Thérapeutique (Paris).

Traitement de l'eczéma, par Gougerot. *Bulletin général de Thérapeutique*, t. CLXXXI, n° 1, janvier 1930, pp. 1-12.

Après avoir insisté sur les eczémas qu'il faut respecter, l'auteur étudie longuement le traitement général particulièrement par le régime, les laxatifs, les diurétiques ; il donne des formules de dépuratifs végétaux, conseille le lavage du sang (saignée suivie d'injections de sérum salé à 5,5 o/oo).

Il ne fait que mentionner le traitement local.

A. Bocage.

Bulletin Médical (Paris).

La nature et le traitement des douleurs fulgurantes des tabétiques, par A. Sézary. *Bulletin Médical*, 44e année, n° 1, 4 janvier 1930, p. 7.

L'existence de douleurs fulgurantes n'implique pas un tabès en activité. On les observe au cours de tabès « fixés » à liquide céphalo-rachidien normal. Elles paraissent liées, à un processus de régénération avortée du neurone sensitif périphérique qui, ainsi que le montre l'histologie, peut persister après la guérison anatomique du tabès. Mais les troubles sensitifs sont favorisés par toute une série de causes qu'il faudra rechercher : troubles alimentaires, intoxications. Alors que les médications habituelles : arsenic, bismuth, mercure, sont devenues impuissantes, la thérapeutique désensibilisante non spécifique pourra atténuer les syndromes douloureux.

H. Rabeau.

Clinique et réaction de Wassermann (Réponse à M. Clément Simon), par MM. J. Nicolas et Gaté. *Bulletin Médical*, 44e année, n° 3, 18 janvier 1930 p. 43.

Les auteurs reprennent l'argumentation de M. Clément Simon pour assurer qu'ils sont entièrement d'accord avec lui. Ils précisent qu'ils ont toujours dit : la réaction de Wassermann est un signe important de syphilis ; il peut manquer et manque assez souvent dans les syphilis les plus authentiques, surtout dans le tertiarisme ; il peut de plus, bien qu'exceptionnellement, se voir en dehors de la syphilis et à ce double titre il doit être interprété et ne pas être considéré comme susceptible d'entraîner à lui seul le diagnostic dans un sens ou dans un autre, à moins que comme nous l'avons toujours soutenu, le sens n'en demeure constant.

M. Clément Simon fait remarquer cependant qu'un fait le sépare de

MM. Nicolas et Gâté, c'est l'interprétation de la positivité. Pour lui, une réaction positive entraîne le diagnostic de syphilis, à condition bien entendu que cette réaction plusieurs fois répétée, reste toujours positive.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux (Paris).

Deux observations de paraplégie par localisation méningée et au cours de la maladie de Hodgkin, par Cain, Rachet et Horowitz. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 3e série, 45e année, n° 35, 30 décembre 1929, p. 1498.

Les complications médullaires proprement dites par métastase méningée, pures et sans atteintes osseuses, sont assez rares dans la maladie de Hodgkin. Colrat en cite seulement quelques cas. Les auteurs en publient deux observations très détaillées. Dans la première, il s'agit d'un envahissement par métastase de la dure-mère sans lésions de la moelle ou du rachis. Dans la seconde, la lésion arrive au contact de la moelle, ses vaisseaux sont comprimés, il y a une nécrose médullaire, et un englobement des racines et des ganglions rachidiens par le tissu lympho-granulomateux. Chez les deux malades, il n'y avait aucune lésion du squelette vertébral.

H. Rabeau.

Néphrit aiguë mercurielle, étude des rapports de l'azotémie, de la chlorémie et de la réserve alcaline, par Etienne Bernard, Laudat et Maister. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 3e série, 45e année, n° 35, 30 décembre 1929, p. 1511.

Cette observation est fort intéressante au point de vue de l'état chimique des humeurs d'un malade présentant une néphrite aiguë mercurielle. Le taux de l'urée sanguine se maintint, durant 9 jours, à 5 grammes, avec un état général très grave. Les vomissements incitèrent à pratiquer le dosage du chlore plasmatique et globulaire qui fut trouvé très abaissé ; la réserve alcaline était aussi abaissée de 50 o/o.

Une rechloruration intensive fut suivie d'une amélioration presque immédiate ; la réserve alcaline recouvra rapidement son taux physiologique, en même temps que l'urée sanguine revenait, quoique plus lentement, à son taux normal.

H. Rabeau.

Zona et vaccine, par Ch. Aubertin et J. Fleury. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 3e série, 46e année, n° 1, 20 janvier 1930, p. 20.

Observation d'un malade de 65 ans qui, 10 jours après une vaccination qui fut positive, fait un zona intercostal typique avec réaction méningée. La réaction de déviation du complément avec les deux antigènes de la vaccine et du zona montra la présence d'anticorps dans le sérum. Pour les auteurs, le zona semble se comporter comme une infection de sortie, une « maladie seconde » développée à la suite de la vaccine. Pour Jausion, il s'agit d'un phénomène d'ordre « biotro-

pique », M. Netter pense que la vaccination ne joue dans l'apparition de ces zonas qu'un rôle provocateur. H. RABEAU.

Syphilis après transfusion sanguine, par Ch. AUBERTIN et J. FLEURY. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 3e série, 46e année, n° 2, 27 janvier 1930, p. 69.

Nouvelle observation de contamination par transfusion, les syphilides apparurent 65 jours après la première transfusion faite à ce malade pour une anémie intense. Les auteurs ont pu réunir 9 observations de faits semblables. Ils font remarquer que l'incubation est de 60 à 65 jours en moyenne, et qu'on ne trouve ni chancre ni adénopathie primaire apparente. H. RABEAU.

Bulletin de la Société de Médecine de Paris.

L'hémocrinothérapie dans l'eczéma rebelle et dans l'herpès récidivant, par FILDERMAN. *Bulletin de la Société de Médecine de Paris*, 1929, n° 18, 28 décembre 1929.

L'auteur rapporte brièvement les observations de deux malades : l'une atteinte d'herpès récidivant du front et du visage et guérie par des injections de son sang associé à un extrait hépatique, sans le secours d'un traitement local ; l'autre présentant un eczéma variqueux pour laquelle il associa son propre sang à un extrait thyro-surréno-ovarien. Cette méthode d'hémo-crinothérapie lui a donné des résultats satisfaisants dans de très nombreux cas. H. RABEAU.

Bulletin de la Société des Sciences Médicales de Montpellier.

Varicelle et zona, par H. ESTER. *Bulletin de la Société des Sciences Médicales de Montpellier*, fasc. I, 1929-1930, p. 32.

L'auteur rapporte l'observation d'un nourrisson de six mois et demi ayant présenté une varicelle classique avec 38°8 de fièvre. L'enfant très surveillé par l'entourage ne semble pas avoir été en contact avec d'autres varicelleux, mais la personne chargée de la surveillance du malade avait présenté 15 jours auparavant un zona intercostal.

PAUL VIGNE.

Gazette des Hôpitaux (Paris)

Les radiodermites et leur traitement, par E. DOUMER. *Gazette des Hôpitaux*, 103e année, n° 9, 29 janvier 1930, p. 143.

L'auteur vante les avantages des applications 2 à 3 fois par jour d'une solution huileuse de 2 à 8 o/o d'acide élaïérinique. Lui-même et d'autres radiologistes se sont très bien trouvés de cette médication qui fait cesser rapidement les douleurs. A. BOCAGE.

Affections congénitales du cœur et hérédo-syphilis, par H. Grenet. *Gazette des Hôpitaux,* 103e année, no 3, 8 janvier 1930, pp. 37-40.

L'auteur rappelle la statistique de de Stéfano qui sur 32 cas trouve 23 hérédo-syphilis certaines et 4 probables, puis il publie un résumé de 18 observations prises au hasard des entrées dans un service de médecine infantile. Ces cas se répartissent ainsi :

1° pas de syphilis dans 4 cas ;
2° dans 3 cas, syphilis possible mais douteuse ;
3° dans 4 cas, syphilis très probable ;
4° dans 7 cas, syphilis certaine.

En tout, 11 garçons contre 7 filles. A. Bocage.

Lyon Médical.

Adénie éosinophilique prurigène chez une fillette de 12 ans, par G. Mouriquand, Sédallian et Melle Weill. *Lyon Médical,* t. CXLV, 62e année, no 3, 19 janvier 1930, p. 84.

Début 4 mois avant l'entrée à l'hôpital. D'abord apparition de ganglions cervicaux gauches, puis un mois après, ganglions axillaires gauches. Amaigrissement et pâleur. Depuis 8 jours, apparition d'un prurit intense avec papules de prurigo au niveau des membres supérieurs et du dos surtout.

L'éosinophilie est de 3,5 o/o. Polynucléose marquée. Température subfébrile. La biopsie n'a pas encore été faite.

La radioscopie montre une ombre ganglionnaire médiastinale ne s'accompagnant d'aucun signe de compression.

Jean Lacassagne.

Paris Médical.

Prophylaxie de la syphilis, par L. Fournier. *Paris Médical,* 20e année, no 2, 11 janvier 1930, pp. 33-39.

L'auteur estime que la syphilis disparaîtrait du globe si l'on pouvait éviter toute contagion au cours des 3 ou 4 premières années.

Il est évident que le traitement des malades n'est pas socialement suffisant en raison de leur négligence. Il faut donc faire de la prophylaxie chez les sujets sains.

Les expériences de Kolle tendent à conclure que les injections bismuthiques ne font que retarder l'éclosion de la syphilis ; celles de Fournier et Schwartz tendaient à prouver l'existence d'un état réfractaire pendant la durée de la persistance du bismuth dans l'organisme. Celles de Levaditi ont permis de préciser l'importance du facteur imprégnation des tissus par le bismuth en montrant que l'état réfractaire n'existe que si le rein contient au moins 30 microgrammes de bismuth par gramme d'organe.

Les recherches de Sonnenberg sur des prostituées non syphilitiques montrent que les injections de bismuth ont un pouvoir préventif important, mais non absolu, comme d'ailleurs l'avaient montré l'apparition de chancres de réinfection ou de surinfection chez des malades en traitement bismuthique.

La prophylaxie individuelle peut être réalisée chez l'homme seulement et uniquement pour la région génitale, par la pommade de Gaucheau au calomel. Les lavages au cyanure de mercure au millième seraient mieux applicables à tous les cas et aux deux sexes.

L'auteur vante ensuite les avantages du traitement abortif en se basant sur les expériences faites chez l'homme avec le novarsénobenzol et le stovarsol. Sans nier les échecs possibles et l'incertitude qui en résulte pour le malade dans les cas où l'éclosion de la syphilis est simplement retardée, il estime qu'en raison de la très grande fréquence des résultats favorables, il est plus sage d'employer la méthode abortive sous la forme de 2 ou 3 séries de 5 jours de stovarsol à 0 gr. 75 ou 1 gramme par jour et de 10 à 12 injections d'un bismuth lipo-soluble à raison de 3 injections la première semaine et 2 les semaines suivantes, suivies d'une longue surveillance clinique et sérologique.

A. Bocage.

Psoriasis atypique et parakératoses psoriosiformes. Contribution au démembrement des parakératoses, par H. Gougerot et P. Blum. *Paris Médical*, 20e année, n° 3, 18 janvier 1930, pp. 56-59.

Les auteurs passent en revue l'évolution des idées sur la nature des parakératoses et leur démembrement. Ils apportent ensuite deux observations de psoriasis atypique, l'une de coexistence de psoriasis et de parakératose, l'autre de transformation en psoriasis d'une parakératose.

Ils terminent par une énumération de parakératoses mettant en relief la fréquence et la généralité de la notion de dermatoses atypiques.

A. Bocage.

Le lichen plan buccal, par P. Fernet. *Paris Médical*, 20e année, n° 3, 18 janvier 1930, pp. 59-63, 3 fig.

Son intérêt tient aux erreurs de diagnostic avec la leucoplasie. L'auteur décrit soigneusement les trois variétés, en nappe, en plaque, et en réseau et rappelle l'existence d'une forme ulcéreuse, extrêmement rare. Il insiste sur la difficulté du diagnostic avec certaines leucokératoses. Il signale son intérêt pour le diagnostic du lichen plan de Wilson, affection qui peut être déterminée par un traitement arsénobenzolique.

Parmi les traitements efficaces, il mentionne la cryothérapie locale, la radiothérapie cervicale, les rayons ultra-violets.

A. Bocage.

Les dysidroses, par G. Garnier. *Paris Médical*, 20e année, n° 3, 18 janvier 1930, pp. 63-68.

Après un court historique où il rappelle qu'il n'y a pas une mais des dysidroses, l'auteur en décrit trois types principaux :

une dysidrose pure saisonnière dont il existe trois variétés, parasitaire (épidermophyton), syphilitique, médicamenteuse ;

une dysidrose infectieuse, généralement streptococcique pouvant s'accompagner d'éruption cutanée étendue ;

un eczéma dysidrosiforme.

Comme traitement, l'auteur préconise l'alcool iodé au centième, la solution au centième d'acide chrysophanique dans le chloroforme, les bains de permanganate, etc. A. Bocage.

Le bacille de la gangrène cutanée, par G. Milian, *Paris Médical*, 20e année, n° 3, 18 janvier 1930, pp. 68-74, 6 fig.

L'auteur rappelle sa découverte, en 1917, dans une gangrène préputiale, d'un bacille morphologiquement identique au bacille de Ducrey, qu'il a retrouvé depuis avec Périn et avec Delarue. Il en apporte aujourd'hui une étude plus complète. Bacille faiblement mobile sur place, plus colorable aux extrémités, ne prenant pas le Gram, cultivant facilement sur les milieux usuels, aérobie parfait, anaérobie facultatif, on l'isole assez facilement en l'ensemençant dans l'eau de condensation d'un tube de gélose, qu'il envahit le lendemain ; il tue la souris en un délai variable suivant la quantité de l'inoculation ; chez le lapin, par inoculation intradermique après meurtrissure de la peau, on obtient une gangrène locale accompagnée d'ailleurs de septicémie.

L'auteur estime que ce germe qu'il appelle *Bacillus gangrenæ cutis* est l'agent d'une maladie idiopathique la gangrène foudroyante des organes génitaux, décrite par Fournier. Malgré son nom, c'est une affection donnant des délabrements peu considérables et guérissant d'ordinaire en moins d'une semaine par des moyens simples.

Ce germe est susceptible de compliquer bien des affections cutanées, comme la maladie de Duhring, les ulcères de jambe, les escarres, les purpuras ulcéreux ou gangréneux. Il est susceptible de donner une septicémie avec température peu élevée, obnubilation, troubles nerveux divers, diarrhée, azotémie suivie de mort.

Expérimentalement, il a été facile d'obtenir sur le lapin un sérum antigangréneux spécifique capable de protéger un animal contre une inoculation normalement mortelle. A. Bocage.

Guérissons-nous la syphilis? par A. Galliot. *Paris Médical*, 20e année, n° 4, 25 janvier 1930, pp. 89-91.

L'auteur rappelle la tendance actuelle des syphiligraphes à revenir au traitement plus ou moins continu durant des années et des années et s'élève contre le dogme qui paraît nettement établi que la syphilis est une maladie chronique qui nécessite un traitement chronique. Il estime qu'il y a là une erreur. « *La syphilis devient une maladie chronique* », écrit-il, « *mais elle est d'abord une maladie aiguë ; à nous*

de la traiter convenablement pour que cette maladie aiguë ne devienne pas chronique ».

Sept de ses malades d'avant-guerre, traités par le 606 uniquement, n'ont eu aucun autre traitement depuis et n'ont eu aucun accident ; deux d'entre eux ont eu une ponction lombaire normale.

Deux autres ont eu, l'un des accidents palmaires depuis la guerre, l'autre un Bordet-Wassermann positif.

Ce dernier malade n'avait reçu que 4 grammes de 606 alors que tous les autres en avaient eu 7 à 9 grammes.

Le malade à récidive seulement sérologique avait eu un Bordet-Wassermann positif après la première série, alors que tous les autres l'avaient alors déjà négatif.

L'auteur en conclut que tout malade, en période aiguë, qui voit ses accidents cicatriser rapidement et sa séro-réaction devenir négative après la première série, a les plus grandes chances de guérir définitivement sa syphilis. Pour apprécier la valeur d'un traitement à ce point de vue, il est nécessaire que « *les malades que l'on estime débarrassés du tréponème soient mis en surveillance* sans traitement (*réactions sanguines, réactivation, ponction lombaire si possible*) *pendant un temps suffisamment long, le plus long possible, autrement nous ne saurons jamais ce que nous avons fait* ». A. Bocage.

Presse Médicale (Paris).

Sur les dermatoses chroniques steptococciques, par Sabouraud. *Paris Médical*, 38e année, no 3, 8 janvier 1930, p. 33.

S. s'est proposé de montrer dans ce mémoire, le rôle des infections chroniques du streptocoque dans un grand nombre d'états morbides cutanés considérés autrefois comme eczémas et comme diathésiques. Les conséquences thérapeutiques qui en découlent sont innombrables. Laissant de côté l'impétigo aigu banal avec ses grosses croûtes rondes, mielleuses, S. envisage les séquelles auxquelles il donne lieu. Le streptocoque aime les plis, d'où la perlèche, d'où encore les lésions des plis de l'oreille, intertrigo rétro-auriculaire chronique qui peut demeurer des mois sur place, ou envahir rapidement les régions voisines. C'est encore le *prurigo scabida* d'Alibert, type d'impétigo chronique du cuir chevelu, un second type étant la *teigne amiantacée*. Au cours de ces manifestations chroniques, peuvent survenir des épisodes aigus, impétigo en nappe, avec exsudation séreuse dont la culture donne toujours le streptocoque.

Les modalités de l'infection streptococcique de l'épiderme sont légion, dit S. ; impétigos chroniques du visage, du cuir chevelu et du cou chez la jeune fille avec inoculation accessoire à tous les plis des coudes et des jarrets ; grande dermite rouge exsudative à streptocoque, pouvant envahir le corps entier et se terminer par exfoliation totale ; dermites chroniques avec lichénification.

« Tous les intertrigos qui ne sont pas mycosiques sont streptococciques, ils doivent être traités comme tels. »

« Il y a, dit S., des idiosyncrasies au microbe, comme il y a des idiosyncrasies à tant de causes extérieures vulnérantes physico-chimiques ». Tout ce que nous avons fait, c'est de prouver que des lésions qu'on croyait faites par l'organisme tout seul étaient une réaction tégumentaire à une infection.

La thérapeutique a largement bénéficié de ces recherches. L'évolution des impétigos en nappe a été transformée par les lotions répétées à l'eau d'Alibour et les applications la nuit de pommades au goudron de houille au 1/10e.

Pour les reliquats d'impétigo, on aura recours aux frictions quotidiennes d'alcool iodé au 1/100e, frictions dures, appuyées, suivies d'applications de crème de zinc ; on obtient ainsi des résultats merveilleux, à condition que le traitement soit fait correctement et longtemps poursuivi. H. Rabeau.

Ponction sous-occipitale, par Valdemiro Pires. *Presse Médicale*, 38e année, n° 8, 25 janvier 1930, n° 8, p. 115, une figure.

La ponction lombaire peut occasionner dans certains cas une série de phénomènes d'intolérance, céphalalgie, rachialgie, vertiges, nausées, vomissements. La ponction sous-occipitale, encore rarement pratiquée en France, met à l'abri de ces phénomènes d'intolérance. Alors qu'avec la ponction lombaire, on note 20 o/o d'incidents, c'est seulement 1 o/o avec la ponction sous-occipitale. La ponction peut être faite, le malade assis ou couché. P. préfère la position couchée. La tête du malade sera très inclinée en avant de façon que le menton vienne s'appuyer sur la partie supérieure du sternum, le plan médio-sagittal de la tête coïncidant bien avec le plan médio-sagittal de la poitrine et du tronc. Les repères seront en haut, la protubérance occipitale externe, en bas l'apophyse épineuse, latéralement les extrémités des apophyses mastoïdes. Les quatre points réunis par les lignes, nous aurons à leur intersection le point à ponctionner. Le critérium le plus sûr est de faire la ponction immédiatement au-dessous de l'occipital. L'aiguille sera introduite obliquement en remontant vers le trou occipital. Une déviation de la ligne médiane doit être absolument évitée. D'après Nonne et Hartwick, la profondeur doit varier de 3 à 8 centimètres dont 1 cent. 1/2 vers le point central du ventricule.

L'étude comparative du liquide céphalo-rachidien recueilli par ponction lombaire et par ponction sous-occipitale, montre une concordance des réactions de Bordet-Wassermann, des globulines et des réactions électro-chimiques ; la lymphocytose et l'albumine sont en quantité plus élevée dans la ponction lombaire. P. a noté 0 à 0,6 élément par millimètre cube et 7 centigrammes d'albumine pour 1.000. Il estime que l'on doit préférer la ponction sous-occipitale, à cause de sa tolérance et de sa simplicité. H. Rabeau.

Revue Neurologique (Paris).

Considérations sur la pathogénie de la neurosyphilis et ses rapports avec la biologie du spirochæta pallida, par G. Marinesco, O. Sager et D. Grigoresco. *Revue Neurologique*, 36e année, t. I, nº 1, janvier 1930, pp. 81-83.

Les auteurs ont étudié longuement les variations du pH du liquide céphalo-rachidien ; ils ont constaté que l'alcalinité du liquide est augmentée dans la paralysie générale et que la malariathérapie tend à ramener le pH à la normale ; celui-ci est indépendant des réactions méningées et est probablement en rapport avec des phénomènes de désintégration du système nerveux central.

La vitalité des spirochètes est plus grande dans les milieux à pH alcalin ; le pH des tissus est d'une grande importance pour l'inoculation du spirochète ; il est donc probable que le neurotropisme est fonction des modifications du milieu humoral et non de l'espèce de spirochète en cause. A. Bocage.

Paralysies oculaires et bulbaires d'origine syphilitique, par A. Krakowski. *Revue Neurologique*, 36e année, t. I, nº 1, janvier 1930, pp. 91-92.

Courte observation d'une femme de 32 ans ayant présenté de l'immobilité du regard, sans diplopie, ni ptosis, avec troubles de la déglutition et plus tard modifications de la parole. Aucune réaction méningée ; il s'agissait d'une atteinte élective des centres moteurs par la syphilis.

A. Bocage.

Paralysie générale juvénile héréditaire. Paralysie générale chez le grand-père, le père et la mère. Une famille psychopathique, par M. Kafka. *Revue Neurologique*, 36e année, t. I, nº 1, janvier 1930, pp. 97-98.

Individu de 22 ans avec état dépressif, tendance au suicide, réactions biologiques de paralysie générale. Il est né quand le père avait 41 ans ; celui-ci est paralytique général depuis l'âge de 40 ans ; le grand-père est mort de paralysie générale. Parmi les frères et sœurs du malade, on trouve successivement un hérédo-syphilitique guéri par le traitement, une psychose schizophrénique, une imbécile et 17 fausses couches. Le malade aurait été amélioré par un traitement pyrétogène par la sulphosine, mais qui ne fut pas continué.

A la Société de Neurologie de Prague a été publié un cas de paralysie générale familiale dans trois générations successives, frappant électivement les membres de la famille appartenant au même groupe sanguin, et respectant les autres. A. Bocage.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (Paris).

A propos d'un cas d'éléphantiasis de la vulve, par Marcondes de Moura. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. I, nº 1, janvier 1930, p. 53.

E. G. résume en quelques pages l'étude de l'éléphantiasis de la vulve à l'occasion d'un cas observé à la clinique du Dr Ayres Netto.

L'affection, plus fréquente chez les négresses que chez les femmes de race blanche, est loin d'avoir comme cause habituelle la *filaria sanguinis hominis*. Le plus souvent, le point de départ est une vulvite ulcéreuse chronique, dont l'étiologie est probablement variable suivant les cas. Diverses infections ont été incriminées. La syphilis est celle dont le rôle paraît le mieux établi.

La vulvectomie constitue le seul traitement efficace. L'intervention est facile et présente une bénignité absolue. J. MARGAROT.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

L'influence des rayons limites sur la peau. Examens histologiques (Ueber die Wirkung der Grenzstrahlen auf die Haut. Histologische Untersuchungen), par Karl HERXHEIMER et Erich UHLMANN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVII, Heft 3, 1929, p. 467, 11 figures.

Bucky avait exprimé l'opinion que les rayons X pouvaient être remplacés par les rayons limites dans le traitement d'un certain nombre de dermatoses. Mais il s'est révélé d'après Bucky lui-même et Herxheimer et Uhlmann, une différence de réaction des tissus vis-à-vis des rayons limites et des rayons X.

Les auteurs ont examiné les modifications histologiques des tissus après l'application de rayons limites et ils les ont comparées avec celles produites par les rayons X.

Dans ce but, ils ont excisé chez un certain nombre de malades de petits morceaux de peau saine ou des lésions de psoriasis et de lupus avant l'application des rayons et après l'irradiation.

Les examens histologiques donnèrent les résultats suivants : l'action des rayons se borne à l'épiderme, surtout à la couche granuleuse et épineuse, la couche basale est rarement atteinte. On constate une dissociation des cellules épidermiques, une vacuolisation des noyaux cellulaires qui rappellent presque les « corps ronds » de la maladie de Darier et fréquemment l'absence de la structure réticulée du protoplasma. Il existe en plus toujours une acanthose très prononcée et fréquemment une hyper- et parakératose. Absence de modifications du derme. Toutes ces lésions épidermiques ont été produites par de très petites doses de rayons limites.

Les rayons limites peuvent être utilisés dans toutes les dermatoses avec lésions épidermiques ; ils sont irrationnels dans les processus pathologiques du derme ; pour ces derniers, les rayons X sont préférables.

En résumé, les auteurs concluent que les modifications histologiques de la peau traitée par les rayons limites montrent une grande ressemblance avec celles produites par les rayons ultra-violets et qu'elles ressemblent par beaucoup de détails à l'action des rayons X. La place à part que prennent les rayons limites est jusqu'à présent tout à fait justifiée. OLGA ELIASCHEFF.

Les hémosidéroses localisées et progressives (Die lokalisierten und progredienten Hämosiderosen), par Josef SÉLLEI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVII, Heft 3, 1929, p. 517.

L'auteur range dans un groupe autonome les hémosidéroses progressives. Dans ce groupe rentrent : le purpura annulaire télangiectasique de Majocchi, la maladie de Schamberg et l'hémosidérose réticulée sénile des vieillards. Cette forme est caractérisée par des télangiectasies, des hémorragies punctiformes, des taches pigmentées du volume d'une tête d'épingle. Ces taches prennent une extension réticulée, analogue au livedo marbré et ne sont pas accompagnées de varices ni d'ulcère de jambe et par cela se distinguent de la « dermite jaune d'ocre » des auteurs français. OLGA ELIASCHEFF.

Une forme spéciale de pigmentation après le traitement par l'or (Eine eigenartige Form von Pigmentierung nach Goldbehandlung), par Erich ZIMMERLI et WILHELM LUTZ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVII, Heft 3, 1929, p. 523, 2 figures

Une malade traitée par 3 séries d'injections de sanocrysine (préparation d'or) présente 4 mois après la dernière cure une pigmentation d'une forme spéciale de la peau exposée à la lumière. Cette pigmentation est de teinte grise mélangée au violet comme dans les intoxications légères par l'aniline.

L'histologie montra dans le chorion, surtout dans le corps papillaire, la présence d'une grande quantité de pigment sous forme de granulations minimes, rondes ou ovalaires, d'une teinte très noire. Ces granulations se trouvent en majeure partie dans l'endothélium des vaisseaux sanguins et lymphatiques, mais aussi dans les cellules conjonctives. Nulle part de signes d'inflammation. Pas de lésions épidermiques, absence totale de pigment dans ses couches.

Par leur forme, les granulations pigmentaires rappellent celles que l'on rencontre dans la pigmentation par l'argent, c'est-à-dire dans l'argyrose, et on peut par analogie considérer cette pigmentation comme une chryose.

Cette pigmentation n'est pas due à un mauvais produit, toute une série de malades ont été traités par la même préparation sans présenter de lésions. OLGA ELIASCHEFF.

La réaction de fixation du complément dans la blennorragie (Die Komplimentbindungsreaktion bei Gonorrhöe), par KWIATKOWSKI, Stefan LUKASZ et Stanislaw LEGEZYNSKI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVII, Heft 3, 1929, p. 527.

Les auteurs ont examiné, par la réaction de fixation du complément, 372 cas de blennorragie, dont 56 cas de blennorragie aiguë de l'urètre antérieur, 31 cas de l'urètre postérieur ; 127 cas avec complications, 26 cas de blennorragie chronique et 132 cas de blennorragie guéris.

La méthode employée fut celle de Calmetté-Massol modifiée avec

l'antigène extra-fort de gonorgine. Les réactions furent toujours négatives dans la syphilis sans blennorragie, dans la tuberculose, dans les inflammations catarrhales non blennorragiques de l'urètre.

La réaction est positive dans un petit nombre de cas de blennorragie aiguë sans complications ; elle est plus fréquemment positive dans les formes chroniques. Dans la forme aiguë la réaction, si elle devient positive, l'est seulement 17 à 20 jours après l'infection.

Les résultats sont faiblement ou fortement positifs dans 95 à 100 o/o des cas dans les complications blennorragiques, d'après leur gravité ; la fixation ne se produit que 6 à 8 jours après le début de ces complications.

Les injections intramusculaires de vaccins spécifiques produisent toujours chez les sujets sains la formation d'anticorps blennorragiques et ces derniers peuvent persister dans le sang pendant 4 à 12 semaines. Un résultat positif trois mois après la disparition des signes cliniques ou après un traitement par un vaccin spécifique parle en faveur de la persistance d'un foyer blennorragique latent, mais un résultat négatif ne permet pas d'affirmer la guérison.

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude des dermatoses allergiques. Hypersensibilité vis-à-vis des antigènes des pois, de l'œuf et de la chèvre (Zur Kenntnis der allergischen Dermatosen (Ueberempfindlichkeit gegen Erbsen., Ei-und Ziegenantigen), par Hans Biberstein. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVII, Heft 3, 1929, p. 555.

L'auteur apporte quelques cas d'une hypersensibilité (vis-à-vis des pois et de l'œuf, de la chèvre et de ses produits). Un enfant, âgé d'un an et demi, présenta une hypersensibilité vis-à-vis des pois et aussi vis-à-vis de l'œuf ; ces deux hypersensibilités donnèrent des réactions cliniques différentes : après l'absorption des pois un urticaire et un œdème près de l'œil gauche ; après l'absorption de l'œuf, vomissements et diarrhée, une fois aussi une rougeur de la face et des démangeaisons. Cette hypersensibilité disparut très probablement à la suite d'un essai de désensibilisation ; mais réapparut après une maladie infectieuse accompagnée d'une forte fièvre.

L'auteur a réussi à transmettre par la méthode de Prausnitz-Küstner ces deux hypersensibilités. Des maladies allergiques ont été constatées dans la famille du garçon (chez les grands-parents).

L'auteur considère, d'après ses expériences, la réaction de Prausnitz-Küstner comme spécifique ; elle est naturellement soumise, comme toute réaction immuno-biologique sur le vivant, à certains troubles qui ne peuvent pas toujours être reconnus et éliminés, en plus elle peut être aussi faussée par des fautes de technique.

Olga Eliascheff.

Lichénification de la bordure du vitiligo, signe de son hypersensibilité (Lichenifikation des Vitiligorandes als Ausdruck seiner Ueberempfindlich-

keit), par E. Fischer. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVII, Heft 3, 1929, p. 569, 2 figures.

Malade avec signes d'un Basedow (goitre et exophtalmie) qui est atteinte d'un vitiligo disséminé symétriquement sur le corps, apparu à la première grossesse. Quelques lésions présentèrent à leur bordure une fine lichénification, lésions soumises par leur localisation aux frottements des vêtements. On constate en outre des plaques lichénifiées sur la peau non pigmentée.

Cette lichénification de la bordure du vitiligo semble parler en faveur d'une disposition spéciale, d'une hypersensibilité du vitiligo. Il faut rechercher le processus pathologique actif, dans la bordure du vitiligo, tandis que le centre du foyer doit être considéré comme une cicatrice dite fonctionnelle. Olga Eliascheff.

Contribution nouvelle à l'étude sur l'influence toxique des arsénobenzènes sur le foie, 5e communication (Neues zur Lehre von der toxischen Wirkung der Arsenobenzolpräparate auf die Leber, 5te Mitteilung). par E. M. Lewin. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*. vol. CLVII, Heft 3, 1929, p. 578.

Après l'injection de novarsénobenzènes, l'auteur, en utilisant la méthode capillaire pour déterminer les différences de la tension de surface des urines, a pu mettre en évidence la présence d'acides biliaires dans ces dernières ; cette chololurie est un signe d'une dysfonction hépatique. Les examens ont été pratiqués dans 160 cas (110 hommes et 50 femmes), sujets âgés entre 22 et 32 ans ne présentant aucun signe clinique de lésions internes, spécialement de lésions hépatiques.

Sur 50 malades traités par 0,30 cgr. de novosalvarsan ou novarsolan, 28 o/o présentèrent des troubles plus ou moins prononcés de la fonction biliaire, troubles démontrés par une diminution de la tension (6,60 mg./mm.) de surface des urines (normalement 7 mg./mm.). Les acides biliaires apparaissent ordinairement dans les urines 30 ou 40 minutes après l'injection.

Sur 110 malades traités par des doses de 0,45 à 0,60 de néosalvarsan, 39, c'est-à-dire 35 o/o présentèrent une chololurie. La diminution de la tension de surface des urines est plus grande aux doses élevées, mais le pourcentage des lésions après une dose de 0,30 se rapproche de celui des doses élevées. L'auteur conclut donc que les doses plus élevées (0,45, 0,60) sont les mieux supportées.

La recherche des acides biliaires dans les urines par la méthode capillaire est d'une très grande valeur clinique et devrait être toujours employée dans le traitement par les arsénobenzènes.

Olga Eliascheff.

Contribution nouvelle à l'étude de l'influence toxique des arsénobenzènes sur le foie, 6e communication (Neues zur Lehre der toxischen Wirkung der Arsenobenzolpräparate auf die Leber, 6te Mitteilung), par E. M. Lewin. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVII, Heft 3, 1929, p. 583.

L'auteur a recherché les variations de la tension de surface des

urines des enfants traités par les arsénobenzènes. Sur 57 enfants entre 5 et 14 ans, 7 seulement présentèrent dans les urines une diminution notable de la tension de surface. Le foie des enfants est donc moins sensible vis-à-vis du salvarsan que celui des adultes.

Olga Eliascheff.

La glycémie dans les dermatoses (Ueber Blutzuckerwerte bei Hautkrankheiten), par Alfred Muller. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVII, Heft 3, 1929, p. 639.

L'auteur a examiné la glycémie sanguine de 196 malades atteints de diverses dermatoses (eczématoïde suintante tardive, mycosis fongoïde, carcinome, urticaire, eczéma, maladie de Duhring, psoriasis, syphilis tertiaire, intertrigo, etc.). Il trouve une hyperglycémie prononcée chez des sujets atteints d'intertrigo, d'ulcérations syphilitiques tertiaires et dans presque la moitié des cas de psoriasis ; un nombre plus restreint dans la furonculose. Dans « l'eczématoïde exsudative tardive », on trouve une hypoglycémie.

Olga Eliascheff.

Lésion cutanée chez le lapin, ressemblant à la maladie de Darier, due au badigeonnage par le goudron (Durch Teerpinselung bedingte Hautveränderung bei Kaninchen, die der Darierschen Krankheit ähnlich ist), par A. Babes. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVII, Heft 3, 1929, p. 657, 8 figures.

L'auteur a obtenu par l'application au pinceau de goudron roumain sur la face externe des oreilles des lapins des lésions analogues à celles de la maladie de Darier. Apparition de ces lésions diffuses sur les deux faces de l'oreille 13 jours après l'application de goudron.

L'auteur distingue deux sortes de lésions : lésions de premier degré où l'histologie montre une prolifération épithéliale se terminant par des sacs épithéliaux remplis d'une masse en partie graisseuse, en partie cornée ; tandis que la structure des lésions du deuxième degré est constituée par des prolongements minces papilliformes qui délimitent des sacs épithéliaux plus grands et plus profonds. On trouve dans les couches supérieures de l'épiderme qui forme les sacs épithéliaux des cellules qui ressemblent aux « grains » et aux « corps ronds » et dans les autres couches des fentes et cavités que l'on rencontre aussi dans la maladie de Darier.

Les lésions décrites débutent par une atrophie des follicules pileux et des glandes sébacées, suivie d'une chute de poils. Il ne s'agit ni d'un processus inflammatoire, ni tumoral, mais d'un processus de régénération incomplet des follicules pileux et des glandes sébacées, la régénération complète étant empêchée par les badigeonnages répétés.

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude de la modification du tableau clinique de la syphilis. Comparaison des formes de la syphilis primaire et secondaire non

traitée des années 1878-1899 et 1921-1926 (Zur Frage der Veränderung des klinischen Bildes der Syphilis. Ein Vergleich der Erscheinungsformen der unbehandelten Frühsyphilis in den Jahren 1878-1899 und 1921-1926), par Eline Epstein. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVII, Heft 3, 1929, p. 667.

Pour élucider s'il existe véritablement une si grande différence affirmée par plusieurs auteurs surtout par Finger entre les manifestations syphilitiques de notre temps et celles observées autrefois, l'auteur a réuni des observations de la Clinique dermato-vénéréologique de Breslau se rapportant à la syphilis secondaire non traitée, soit 575 observations de syphilis secondaire non traitée des années 1921 à 1926 et elle les a comparées avec 575 observations de syphilis secondaire non traitée des années 1878 à 1899. L'auteur conclut que la syphilis secondaire non traitée se comporte cliniquement dans ses manifestations essentielles de la même façon qu'il y a 50 à 30 ans. La syphilis secondaire n'a pas changé d'aspect.

Olga Eliascheff.

Clinique et diagnostic des nodosités juxta-articulaires (Zur Klinik und Diagnostic der Nodosités juxta-articulaires), par Rossow. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVII, Heft 3, 1929, p. 677, 3 figures.

L'auteur apporte les observations de deux cas de nodosités juxta-articulaires, comme seuls signes cliniques d'une syphilis ignorée. Le traitement exclusivement par le bismuth amena une rapide résorption des nodosités. Olga Eliascheff.

Sur l'influence de l'extrait frais de peau sur le cœur de la grenouille (Ueber die Einwirkung von frischem Hautextrakt auf das Froschherz), par Ole Exkvist. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVII, Heft 3, 1929, p. 692, 6 figures.

Inspiré par les travaux de Hirota et Go, qui constatèrent une influence stimulante sur le cœur isolé par l'application d'un extrait aqueux de peau de cobayes. E. a fait des expériences dans le même sens avec un extrait de peau fraîche de porc préparé d'une façon spéciale. L'auteur a pu aussi constater l'action activante sur le travail du cœur isolé de la grenouille ; la contraction systolique devient plus forte et l'on constate souvent une augmentation de la fréquence des battements du cœur.

Les extraits des tissus musculaire et adipeux agissent de la même façon sur le travail du cœur. L'action d'un extrait de la peau ne doit donc pas être considérée comme spécifique, opinion défendue par Hirota et Go. Olga Eliascheff.

L'anatomo-pathologie du psoriasis (Die pathologische Anatomie der Psoriasis), par Bartolomé Vignale avec la collaboration de cand. med. Juan Chalet. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVII, Heft 3, 1929, p. 700.

Les auteurs considèrent le psoriasis comme une dermatose d'un caractère trophique au début et neurotrope quand le psoriasis devient chronique. Ils ont trouvé histologiquement, à côté d'une acanthose, papillomatose, hyperkératose et d'une inflammation des poils, des modifications dans les cellules épidermiques de Langerhans. La quantité de ces cellules est augmentée, leur forme varie, elles se trouvent non seulement dans la couche granuleuse, mais aussi dans le derme et dans les différentes couches de l'épiderme.

On constate en outre, une inflammation du cylindre-axe des nerfs dans la couche sous-épidermique, dans le derme une sclérose et une dégénérescence partielle de la gaine de myéline de quelques fibres nerveuses. Dans l'hypoderme, une dégénérescence granuleuse du protoplama des cellules de la gaine de Schwann, perte de noyaux et destruction de la gaine de Key-Retzius.

Les cylindre-axes des fibres de Remak présentent une dégénérescence granuleuse et des différences tinctoriales. Les cylindre-axes des corpuscules de Meissner sont détruits, ainsi que les fibres nerveuses afférentes. On trouve dans quelques cas une légère inflammation de la gaine lamelleuse des corpuscules de Vater-Pacini, dans d'autres une prolifération des noyaux de la gaine de Schwann.

Olga Eliascheff.

Epidermophytide des mains (Epidermophytid der Hände), par Werner Jadassohn et Samuel M. Peck. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVIII, Heft 1, septembre 1929, p. 16, 4 figures.

Les auteurs ont constaté, chez la majorité des malades observés par eux, atteints de mycoses des pieds, des lésions de dysidrose ou lésions squameuses des mains. Dans les lésions des pieds, la recherche du parasite fut toujours positive, tandis qu'elle resta négative dans les lésions des mains ; la réaction à la trichophytine pratiquée chez tous les malades fut positive. Les lésions des pieds précédèrent celles des mains ; elles se développèrent souvent seulement après une irritation des lésions des pieds ou après l'injection de trichophytine. Dans quelques cas résistant au traitement local, les lésions des mains disparurent rapidement après le traitement des lésions des pieds. Dans un cas, il exista à côté de lésions des mains, une épidermophytide du corps.

Les auteurs croient pouvoir conclure qu'il faut considérer les lésions de dysidrose et les lésions squameuses des mains en présence d'une mycose des pieds comme des épidermophytides. Il faut donc toujours rechercher une mycose des mains en présence d'une dysidrose et de lésions squameuses des mains. Olga Eliascheff.

Contribution nouvelle à l'étude de l'influence toxique des arsenobenzènes sur le foie. VII[e] communication (Neues zur Lehre von der toxischen Wirkung der Arsenbenzolpräparate auf die Leber. VII Mitteilung), par E. Ch. Lewin. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVIII, Heft 1, 1929, p. 68.

L'auteur continue ses recherches sur les lésions hépatiques au cours du traitement par les arsénobenzènes en injections intraveineuses. Il conclut que ces produits jouent un grand rôle dans les lésions du foie, mais que l'ictère tardif après le traitement n'est pas dû au médicament, il est une monorécidive dans le sens de Milian.

L'ictère dans la syphilis secondaire n'est pas exclusivement dû au virus syphilitique, mais aussi aux arsénobenzènes, aux maladies infectieuses, à l'alcool, aux calculs biliaires, ainsi qu'aux toxines entérogènes apportées par le sang dans le foie. Il déconseille dans les cas d'ictère précoce, l'emploi des arsénobenzènes ainsi que l'apport de grandes quantités d'albumines par la nourriture. Les injections intraveineuses d'hyposulfite de soude peuvent être utilisées dans les cholaluries persistantes. OLGA ELIASCHEFF.

Essais de désensibilisation non-spécifique des eczémateux par l'huile de térébenthine en application directe sur la peau (Unspezifische Desensibilisierungs-versuche an Ekzematikern mit Terpentinoel auf percutanem Wege), par Richard GEIGER, *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVIII, Heft 1, 1929, p. 76.

Pour obtenir une désensibilisation non spécifique dans l'eczéma, l'auteur a appliqué directement sur la peau l'huile de térébenthine à concentrations croissantes. Cette application locale est préférable, d'après l'auteur, aux injections intradermiques. Elle semble plus efficace dans le traitement des eczémas allergiques, on évite aussi par cette méthode le danger du choc anaphylactique. L'application de l'huile de térébenthine a donné de bons résultats. Sur 23 malades traités par cette méthode, 4 seulement présentèrent des récidives (observés pendant 2 ans et demi).

OLGA ELIASCHEFF.

Etudes sur l'hérédité des dermatoses. XI Ichtyose congénitale (Studien über Vererbung von Hautkrankheiten. XI. Ichtyosis congenita), par HERMANN WERNER SIEMENS. *Archiv für Dermatologie und syphilis*, vol. CLVIII, Heft 1, 1929, p. 111.

L'auteur apporte une statistique sur l'hérédité de l'ichtyose congénitale. Il distingue avec Riecke trois formes de cette dermatose.

Dans la première forme rentrent les cas les plus graves (la mort des sujets survient 3 à 9 jours après la naissance).

IIe forme : l'anomalie est moins prononcée, elle n'est pas généralisée, et les sujets atteints peuvent survivre.

IIIe forme : forme tardive, pas de lésions à la naissance.

Les conclusions sont les suivantes : même fréquence de la maladie dans les deux sexes. L'hérédité familiale dans 21 o/o des cas (111 cas), dans la forme II, 6 resp. 8 o/o dans les formes I et III.

La consanguinité des parents dans la forme II fut de 25 o/o, il existe donc pour cette forme une hérédité récessive. On ne peut pas pour

le moment au moins, démontrer une hérédité récessive pour les formes I et III.

Il n'existe pas jusqu'à présent un seul cas sûr d'ichtyose congénitale avec une hérédité dominante, la distinction étiologique de la dernière avec l'ichtyose vulgaire est donc complète.

Les bulles, symptôme principal dans l'érythrodermie congénitale ichtyosiforme, sont très fréquemment signalées aussi dans la forme III et il semble que la vraie érythrodermie congénitale ichtyosiforme soit identique à la forme III tardive.

Les kératoses palmaires et plantaires se rencontrent le plus souvent dans la forme III.

Les sujets atteints d'ichtyose congénitale et leurs parents ne présentent pas souvent d'autres anomalies et maladies, rarement des anomalies de la thyroïde et un développement général insuffisant.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la dermatoscopie de la peau normale de l'homme après l'irradiation sous pression par les rayons de Finsen (Ueber Dermatoskopie bei Finsendruckbestrahlung der normalen Haut des Menschen), par MAX POPPER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVIII, Heft 1, 1929, p. 158, 5 figures.

Pour étudier l'influence des rayons de Finsen sur la peau normale, l'auteur a pratiqué des essais en série d'irradiation par les rayons de Finsen et il a examiné les modifications cutanées cliniquement et histologiquement.

La durée de l'irradiation varia entre 10 et 90 minutes. Une seconde irradiation d'une durée de 15 à 90 minutes des mêmes régions fut pratiquée après la disparition de la réaction inflammatoire précédente. Les résultats furent comparés avec ceux obtenus par les rayons ultra-violets.

Ier groupe (Durée de l'irradiation de 10 à 15 minutes). — Les lésions épidermiques sont minimes, tandis que le derme est très œdémateux ; l'incubation est plus longue, la dilatation vasculaire, l'apparition de pigments sanguin et dermique sont plus prononcées que dans les lésions produites par les rayons ultra-violets.

IIe groupe (Durée de l'irradiation de 20 à 30 minutes). — Ici le contraste entre les lésions épidermiques et dermiques est encore plus prononcé : tandis que les lésions épidermiques disparaissent complètement *un mois* après l'irradiation, l'hyperémie et l'infiltration cellulaire du derme persistent encore trois mois. L'incubation est plus courte, l'intensité est plus forte et l'hyperémie profonde est aussi de plus longue durée qu'après les rayons ultra-violets.

Les lésions du IIIe groupe (durée de l'irradiation de 40 à 90 minutes), sont caractérisées par une nécrose épidermique et une inflammation suivie d'atrophie du derme. L'irradiation même très intense par les rayons ultra-violets ne donne pas une incubation aussi longue, ni une nécrose épidermique sans formation préalable de grandes bulles. Les

lésions du tissu conjonctif et des fibres élastiques et enfin la présence pendant des mois de lésions vasculaires, ne se rencontrent non plus dans les lésions dues à la lampe de quartz. Le résultat des surirradiations par le Finsen est la formation d'une quantité énorme de pigment dans les cellules basales, mais on ne constate pas de dilatations des capillaires néoformés, comme on les rencontre après l'irradiation par les rayons ultra-violets.

Il résulte de toutes ces expériences que, grâce à son action spéciale en profondeur et la production d'une hyperémie prolongée des vaisseaux profonds, le Finsen donne dans le traitement du lupus tuberculeux les meilleurs résultats. OLGA ELIASCHEFF.

Kératose ponctiforme non encore décrite. Porokératosis vera non perstans (Ueber eine bisher nicht beschrichene punkformige Keratose. Porokeratosis vera non perstans), par P. W. SCHMIDT. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVIII, Hef 1, 1929, p. 186, 7 figures.

L'auteur décrit des placards irrégulièrement limités d'une kératose ponctiforme siégeant au-dessous des malléoles. Une partie de ces lésions disparut spontanément. Ces lésions peuvent être en rapport soit avec les phanères, spécialement avec les glandes sudoripares, et même être limitées à ces dernières, soit tout à fait indépendantes des glandes. Ces kératomes ponctiformes peuvent se rencontrer sur la peau saine. L'étiologie connue de ces lésions est l'hérédité et leur nature nævique.

OLGA ELIASCHEFF.

Recherche de la glycémie sanguine dans l'eczéma, le proriasis, le lichen de Vidal et les ulcères de jambe (Blutzuckerbestimmung bei Ekzem, Proriasis, Lichen Vidal und Ulcus cruris), par HANS BIBERSTEIN et Helene LINKE. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVIII, Heft 1, 1929, p. 199, 3 figures.

Examens de sujets atteints de différentes dermatoses au point de vue de leur glycémie sanguine par la microméthode de Hagedorn-Jensen.

On trouve normalement dans le sang 0,07 à 0,11 centigrammes pour 100 de sucre. Les valeurs entre 0,11 et 0,12 0/0 ne sont pas toujours pathologiques.

Dans l'eczéma, le psoriasis, le lichen de Vidal et dans l'ulcère de jambe, les auteurs n'ont pas pu constater une augmentation pathologique de la glycémie sanguine, s'il n'existait pas de glycosurie. Ils trouvèrent dans beaucoup de cas de lichen de Vidal une légère diminution de la glycémie en comparaison avec les résultats obtenus dans les autres dermatoses. OLGA ELIASCHEFF.

La leishmaniose cutanée américaine (Die amerikanische Hautleishmaniose), par G. BUSS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVIII, Heft 1, 1929, p. 202, 10 figures.

Description clinique de la leishmaniose américaine : c'est une maladie cutanée chronique accompagnée de lésions ulcéreuses. Les ulcères sont

de volume variable avec des bords peu infiltrés au début. La perte de substance est limitée aux couches supérieures de la peau.

Les formes non ulcérées, verruqueuses, papillomateuses et les lésions des muqueuses sont beaucoup plus rares. Dans la forme sans tendance à l'ulcération, les lésions consistent en nodules qui deviennent verruqueux.

L'auteur distingue une forme lymphangitique locale et une forme régionale, formes rares qui ressemblent beaucoup à la sporotrichose. La participation de l'appareil ganglionnaire est fréquente, surtout au début de la maladie ; l'adénopathie est surtout localisée dans le creux poplité.

Un grand nombre de foyers de leishmaniose guérissent spontanément. Les lésions jeunes guérissent par les injections intraveineuses de tartre stibié (ou par l'antimosa, Bayer 212, Eparsène). Il reste après la guérison de l'ulcération une cicatrice ronde ou étoilée lisse, dépigmentée.

Il est assez difficile de trouver les parasites dans les frottis : on les trouve encore dans les lésions au début, mais rarement dans les foyers anciens.

L'auteur a trouvé la leishmania dans la moitié des cas examinés dans les coupes histologiques.

L'intradermo-réaction semble spécifique et donne d'excellents résultats pour le diagnostic dans les cas douteux.

Olga Eliascheff.

La leishmaniose cutanée américaine (Die amerikanische hautleishmaniose), par G. Buss. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVIII, Heft 1, 1929, p. 223, 10 figures.

L'auteur apporte l'examen histologique de 94 biopsies de malades atteints de leishmaniose américaine cutanée.

On trouve rarement le parasite dans les coupes dans cette forme : sa fréquence dépend de l'âge des lésions et du traitement subi par le malade. Dans les récidives et les lésions muqueuses d'une durée assez longue, les parasites peuvent être mis en évidence.

Le nombre des parasites est plus grand dans le bouton d'Orient que dans la leishmaniose américaine, la structure tuberculoïde est aussi plus fréquente. Les cellules géantes se rencontrent fréquemment dans la leishmaniose américaine, elles ne correspondent pas toutes aux types de Langhaus.

Olga Eliascheff.

Maladies de Pringle et de Recklinghausen. Les rapports entre elles (Morbus Pringle und Morbus Recklinghausen. Ihre Bezichungen zueinander), par Erich Urbach et Albert Wiedmann. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVIII, Heft 2, 1929, p. 334, 4 figures.

Les auteurs étudient les rapports que présente la maladie de Pringle avec la maladie de Recklinghausen. Ils ont observé le cas suivant : le père et six enfants (sur 11) présentèrent l'aspect clinique typique

de la maladie de Pringle : fibromes pédiculés, taches nacrées, nævi mous. Cinq sur six enfants furent atteints d'une sclérose tubéreuse méningée, le sixième d'une volumineuse tumeur, d'un névrome (examen histologique). Il existe donc dans la maladie de Pringle des fibromes pédiculés, des plaques nacrées, des nævi mous et des taches de vitiligo, toutes ces lésions ne sont pas des formes rudimentaires de la maladie de Recklinghausen.

Les deux maladies sont considérées comme des lésions des systèmes ecto- et mésodermique dues à une anomalie de développement embryonnaire. Les deux maladies ne sont pas identiques, mais présentent une certaine parenté. OLGA ELIASCHEFF.

Kératome héréditaire mutilant (Keratoma hereditarium mutilans), par K. H. VOHWINKEL. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVIII, Heft 2, 1929, p. 354, 5 figures.

Description d'un cas tout à fait spécial de kératodermie héréditaire combinée avec des mutilations des doigts. La kératodermie, c'est-à-dire le processus de kératinisation, alla dans le cas décrit jusqu'à la strangulation de plusieurs phalangettes. L'hyperkératose avec la localisation à la paume des mains et à la plante des pieds, décrite par différents auteurs, est en rapport génétique avec les lésions décrites par l'auteur ; il n'y a qu'une différence dans le degré, différence due à une disposition individuelle. Les irritations mécaniques et chimiques jouent un rôle très important dans la localisation et la morphologie des kératomes. OLGA ELIASCHEFF.

Sur les modifications histologiques de la peau après une seule application de salvarsan (Die histologischen Veränderungen nach einmalizer Salvarsanapplikation in der Haut), par M. H. EBERT. *Archiv für Dermatologie und syphilis*, vol. CLVIII, Heft 2, p. 365, 3 figures.

L'auteur décrit les lésions histologiques de la peau humaine et de la peau des cobayes après une seule application de néosalvarsan en solution (compresses imbibées, vaccination et injections intradermiques). Les réactions furent très fortes et de longue durée (jusqu'à 8 mois), tous les sujets furent donc sensibilisés.

Histologiquement, on constate des lésions inflammatoires et régénératives. Les lésions inflammatoires consistent en une parakératose, spongiose, formation de vésicules intraépidermiques et en un infiltrat dermique très prononcé. Ce dernier est composé de lymphocytes, fibroblastes, de rares cellules épithélioïdes disposées au pourtour des vaisseaux et follicules ; certains de ces infiltrats rappellent le lichen plan et même l'infiltrat tuberculoïde. Les lésions histologiques persistèrent pendant 8 mois.

Une biopsie faite 7 semaines après une seule application de néosalvarsan, montra des lésions épidermiques comme on en rencontre dans la dermatite due aux rayons X et que l'on peut désigner comme lésions « précancéreuses ».

L'auteur observe que l'on ne doit pas s'attendre à des lésions analogues après les traitements de la syphilis par le salvarsan ; on l'administre d'une autre façon et dans d'autres conditions.

Olga Eliascheff.

L'histologie de la mycose interdigitale (Zur histologie der interdigitalen Mykose), par Hans Biberstein. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVIII, Heft 2, 1929, p. 386, 3 figures.

Examen histologique de 9 cas « d'érosion interdigitale » cliniquement typique. La culture montra dans 7 cas des champignons schizomycètes sous forme de colonies brillantes d'un blanc porcelainé.

La coloration au vert-méthyl-pyronine donne dans les coupes histologiques les meilleurs résultats. Les champignons dans la mycose due au schizomycète se trouvent en grand nombre, surtout dans la partie de la couche cornée qui dépasse le foyer érodé ; ils descendent jusque dans les couches supérieures des cellules épineuses, mais n'ont pas été trouvés dans le centre érodé.

Olga Eliascheff.

L'apparition simultanée de lésions cutanées syphilitiques avec métasyphilis après malariathérapie (Ueber das gleichzeitige Auftreten syphilitischer Hauterscheinungen mit Metalues nach Malariabehandlung), par E. Brill. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVIII, Heft 2, 1929, p. 393.

Apparition sur la peau chez un tabétique typique deux ans après la malariathérapie de lésions cutanées tertiaires. Disparition en même temps des troubles tabétiques. Les lésions cutanées ne furent pas traitées et on constata, 15 jours après, un exanthème généralisé ; 15 jours après cette éruption, les lésions cutanées commencent à régresser, mais les troubles tabétiques apparaissent de nouveau. L'auteur explique la disparition et l'apparition des troubles tabétiques par une dérivation de l'infection à la peau. Les crises tabétiques chez ce malade, souvent excessivement fortes, alternèrent avec un prurit et ce prurit doit être considéré comme un vrai trouble de la sensibilité d'origine tabétique.

Olga Eliascheff.

Sur la morphologie de la lèpre viscérale (Zur Morphologie de Viscerallepra), par A. A. Stein. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVIII, Heft 2, p. 450.

Description des lésions histologiques et bactériologiques dans la lèpre viscérale. Les conclusions sont les suivantes : les cellules lépreuses dérivent du système réticulo-endothélial, c'est-à-dire des histiocytes du tissu conjonctif. Les cellules de Virchow contiennent toujours des lipoïdes ; ces cellules présentent presque toujours une vacuolisation caractéristique ; on ne peut pas démontrer dans ces cellules la présence de la cholestérine. On trouve les bacilles de Hansen non seulement dans les cellules du système réticulo-endothélial (cellules lépreuses), mais

aussi à côté de gouttelettes de lipoïdes dans quelques cellules endothéliales, par exemple dans l'endothélium des capillaires cutanés, mais les cellules endothéliales ne se transforment pas en cellules lépreuses.

Les lipoïdes qui se trouvent dans les cellules lépreuses proviennent peut-être des grandes quantités de lipoïdes absorbés par les malades au cours de leur traitement (par l'huile de Chaulmoogra et de ses dérivés) et cette infiltration de lipoïdes joue peut-être un rôle important dans la destruction des bacilles de Hansen.

Olga Eliascheff.

Sur l'histologie de l'acné conglobée (Zur Histologie der Acne conglobata), par Selisky. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVIII, Heft 2, 192, p. 460, 4 figures.

Observation et examen histologique d'un cas d'acné conglobée chez un jeune homme de 21 ans. Amélioration par un traitement à la tuberculine et par le vaccin antistaphylococcique. L'auteur conclut que l'acné conglobée est une forme excessive de l'acné vulgaire et elle appartient aux génodermatoses. Les conditions pour son développement sont : un état séborrhéique, la tendance de l'épithélium des follicules à la prolifération et à la kératose. Ces lésions doivent être considérées comme une anomalie congénitale de l'appareil à sécrétion interne.

La formation excessive de comedons est produite par la sécrétion anormale du sebum chimiquement modifié. L'infection pyogène doit être considérée comme secondaire.

Olga Eliascheff.

Recherches sur les rapports entre l'effet urticarien de substances proches de l'adrénaline et de ses qualités pharmacologiques et chimiques (Untersuchungen über die Beziehungen zwischen urticariellem Effekt adrenalinähnlicher Substanzen zu ihren pharmakologischen und chemischen Eizenschaften), par F. K. Chen. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVIII, Heft 2, 1929, p. 494.

Pour rechercher les relations entre l'effet urticarigène et la constitution, l'auteur a choisi différentes substances du groupe de l'adrénaline. Il conclut que les substances appartenant chimiquement et pharmacologiquement au groupe de l'adrénaline agissent différemment sur la peau : l'adrénaline et l'adrénalon produisent une anémie, l'éphédrine, la tyramine et d'autres produits une papule urticarienne. Il fut impossible de trouver la raison du pouvoir urticarigène de ces substances. L'auteur a pu démontrer qu'il existe des différences quantitatives dans les isomères optiques. Les corps qui dévient le plan de polarisation à gauche sont plus efficaces que ceux qui le dévient à droite.

Olga Eliascheff.

Lues (Bulletins de la Société Japonaise de syphiligraphie) (Kyoto).

Contribution à l'étude de la généralisation dans la syphilis. La kératite parenchymateuse comme signe de la généralisation de la syphilis chez le cobaye (Contribution to the study of generalization in syphilis. Keratitis parenchymatosa as significant of generalization in the syphilitic rabbit), par S. Matsumoto, M. Hashifuchi et Y. Adachi. *Lues. Bulletin de la société japonaise de syphiligraphie*, vol. III, n° 3, juillet 1929.

Étude expérimentale sur la kératite syphilitique parenchymateuse métastasique des lapins (inoculation extra-oculaire). Elle se manifeste cliniquement sous deux formes : par une néoformation de capillaires dans la cornée et par son opacité. Elle est un signe de la généralisation de la syphilis. Cette kératite métastatique présente trois stades : un stade de progression, un stade d'acmé et un stade de régression. L'intensité est très variable selon les cas. Le nombre de spirochètes n'est pas nécessairement parallèle à l'intensité de l'inflammation et c'est un signe différentiel avec la kératite due à l'inoculation directe.

Olga Eliascheff.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur une variété rare de syphilide tardive, semblable à une scrofulide, à cicatrices avec formation de ponts cutanés (Ueber scrophulodermähnliche Brückenbildung, eine seltene Erscheinungform bei Spätlues), par P. W. S. Schmidt. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVII, F. 5, janvier 1930, p. 337 (4 fig.).

Il s'agit d'une syphilis congénitale ulcéreuse étalée sur la joue gauche sous forme d'une vaste cicatrice épaisse, dure, parcourue par des ponts cutanés, tels qu'on en observe dans certaines formes d'ulcération d'autre nature, pyodermiques, par exemple. La cicatrice était épaisse, dure, grâce à une transformation fibreuse semée de territoires dégénératifs, où l'on ne trouvait plus de formations histologiques d'un caractère spécifique. C'est vraisemblablement la végétation des follicules qui avaient creusé les cavités qui avaient disséqué et soulevé les ponts cutanés, ainsi que Friedmann l'a décrit dans les cicatrices scrofulodermiques. En effet, le traitement spécifique qui a guéri les surfaces lisses n'a pas empêché la production des ponts, du moins dans un second cas (genou), moins évolué que le premier. A noter l'existence de blocs de tissus élastiques vacuolés.

Ch. Audry.

Psoriasis et système endocrine. Recherches effectuées au moyen de la méthode interférométrique d'Abderhalden-Hirsch (Psoriasis und Endo-

krines System Untersuchungen mittels der interferometrischen methode nach Abderhalden-Hirch), par W. Curth. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVII, F. 5, janvier 1930, p. 362.

C. commence par rappeler les travaux antérieurs qui ont accusé des actions anormales des sécrétions de l'hypophyse, des ovaires, de la thyroïde, des thymus, des surrénales, etc. Il a repris ces recherches, en utilisant la méthode d'Abderhalden-Hirsch, chez 23 psoriasiques. L'hypophyse a révélé un certain degré d'action dans 12 cas sur 23. sur 23 ; les autres, peu ou pas.

Ch. Audry.

La nouvelle clinique (et policlinique) dermatologique de l'Université de Münich (Die neue Dermatologische Klinik und Poliklinik der Universität München), par J. K. Mayer. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVIII, F. 5, janvier 1930, p. 366.

Elle mesure 112 mètres de longueur sur 31 de hauteur (on voit que les Allemands ont renoncé aux pavillons séparés). Elle contient 450 lits de malades et 120 lits pour le personnel. Elle a coûté 4.306.800 RM., soit environ 26 millions de francs !

Ch. Audry.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur la clinique du soi-disant bubon climatique (105 cas) (Beitrag zur Klinik der sog. Klimatischen Bubonen (105 falle), par H. Ruge. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 1, 4 janvier 1930, p. 1.

Ces 105 cas ont été observés à Hambourg de 1925 à 1929. Leur nombre s'est considérablement accru pendant cette période : de 1911 à 1914 : 12 cas seulement. Presque tous les malades appartenaient à la navigation et provenaient de toutes les parties du monde. Dans les quatre cinquièmes des cas, origine sexuelle. La réaction de Frei rend de grands services pour l'identification de la maladie. Il signale les complications rhumatismales et cutanées, et 3 cas d'uréthrite. Tous les malades étaient des blancs, et jeunes. Dans le sang, neutrophilie. Traitement : ablation partielle sous l'anesthésie générale. Pronostic favorable.

Ruge reste fidèle au terme de bubon climatique.

Ch. Audry.

Sur le type inverse d'érythème polymorphe et sur une forme non signalée grave de leucémie cutanée (Ueber dar Typus inversus des Erythema multiforme und eine bisher unbekannte deletäre Form von Leucemia cutis), par Rille. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 2, 11 janvier 1930, p. 46 (5 fig. dont 3 en couleurs).

R. rappelle qu'il a anciennement signalé le type d'érythème polymorphe à localisations palmaires et muqueuses sous le nom de type inverse. Il préfère le terme de récidive, à celui de chronique. Il en profite pour décrire et figurer un cas où la lésion développée sur la lèvre inférieure était franchement chancriforme, et surtout deux cas observés chez des enfants, de leucémie cutanée maligne s'accompagnant d'efflorescences pustuleuses, vésiculeuses, croûteuses et hémorragiques, dont les manifestations cutanéo-muqueuses demandaient à être différenciées de l'érythème polymorphe. CH. AUDRY.

Sur la question de la formation d'asques chez les trichophytons et les achorions par la technique de Wilenczyk et sur « les organes nodulaires » (Ueber die Frage der Askenbildung bei Trichophyten und Achorien bei der Verfahren nach Wilenczyk und über « organes nodulaires »), par C. BRUHNS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, nº 2, 11 janvier 1930, p. 49, 4 fig.

La méthode de culture de Wilenczyk consiste surtout en une dessiccation relative du milieu de culture et en des variations de température. Elle lui a permis de constater la formation d'asques chez les trichophytons. B. a repris les expériences de Wilenczyk. Il n'a pas constaté chez les trichophytons ou les achorions (*T. gypseum asteroïdes*, *T. gypseum granulosum* , *T. cerebriforme*, *fumigatum*, *Micro. Audouini*, *Favus*), la formation d'asques, mais il a vu se développer des nodosidés identiques aux « organes nodulaires » décrits par Sabouraud, et constituées par un agglomérat de mycélium et de spores.

L. CHATELLIER.

Nœvus pigmenté et pileux ayant même siège chez la mère et l'enfant. Contribution à l'étude des nœvi (Nœvus pigmentosus pilosus bei Mutter und Kind an derselben Stelle. Ein Beitrag zur Ætiologie des Muttermäler), par MEIROWSKY. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, nº 2, 11 janvier 1930, p. 54.

M. rapporte l'observation qui lui a été communiquée par un confrère : une jeune femme (parente du confrère) présentait dans la région iléo-cæcale, un nævus pileux et pigmenté de 7 centimètres de long sur 3-4 centimètres de large. Pendant la grossesse, le nævus pâlit ; à sa naissance, le fils de la malade porte au même endroit un nævus de même forme et de même taille, qui, en 2 ans, prend la teinte et la richesse pileuse du nævus originel de la mère. Peu à peu, chez cette dernière, le nævus s'efface sans laisser de traces. Ce fait vient confirmer la théorie germinative des nævi, que Lenz et Meirowsky ont du reste toujours soutenue. L. CHATELLIER.

Exanthèmes syphiloïdes non syphilitiques sur la vulve des petites filles (Ueber nicht luetische syphilisähnliche Exantheme au den äusseren geni-

talien winblicher Kinder), par A. Alexander. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 2, 11 janvier 1930 p. 56 (2 fig.).

I. — A. donne d'abord deux observations recueillies chez des fillettes de 3 et 13 mois : papules lisses, sèches, fermes, non érodées, disséminées sur le tégument vulvo-périnéal : au microscope, acanthose recouverte d'une couche cornée normale, et reposant sur une infiltration épithélioïde. A. différencie soigneusement ces cas des syphiloïdes post-érosives et pense qu'il s'agit de *lichen obtusus*, lichénification nodulaire.

II. — Un cas de pseudo-syphilis de Lipschütz chez une fillette de 13 ans : lésions papuleuses à structure histologique voisine des papillomes sessiles, et remarquable par l'absence de toute invasion leucocytaire. Ch. Audry.

Kératodermie périporale après poliomyélite (Periporale Keratodermie nach Poliomyelitis), par O. Gans. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 2, 11 janvier 1930, p. 63 (2 fig.).

Les cas en sont rares. Il s'agit d'une fille de 15 ans, chez laquelle une poliomyélite laissa une atrophie du deltoïde et du triceps, une contracture des doigts, une paralysie des interosseux. La maladie avait duré 4 mois. Les paumes des mains prirent un aspect eczématoïde (squames, rhagades, etc.), et les paumes étaient semées de petites élevures cornées, déprimées en leur centre et qui traduisaient une hyperkératose développée autour des pores sudoripares.

G. admet qu'il y a probablement une relation entre ces lésions et la poliomyélite. Ch. Audry.

Sur la graisse savonneuse (1re partie : Recherche théorique sur la graisse savonneuse ; 2e partie : Usages chimiques de la graisse savonneuse) (Ueber Seifenfett. 1. Teil : Theoretische Untersuchung über Seifenfett ; 2. Teil : Ueber klinischen gebrauch des Seifenfettes), par J. Geppert et W. Schultze. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 2, 11 janvier 1930, p. 67.

Une lame de verre recouverte d'une mince couche de graisse de porc et immergée dans l'eau ou une solution faible de savon, prend un aspect laiteux et se laisse alors facilement nettoyer par un jet d'eau. En mélangeant à la graisse une poudre sèche et pure de savon (de 5 à 20 o/o), on accélère le nettoyage. Appliquant ce principe au nettoyage de la peau humaine, Jeppert se sert d'*adeps benzoatus* (100 parties) additionné de poudre de savon (10 parties). Cette « graisse savonneuse » s'emploie sur peau sèche, s'enlève facilement à l'eau et au savon et laisse sur la peau une pellicule grasse. W. Schultze a vérifié les propriétés de cette graisse savonneuse, particulièrement utile dans certaines professions (mécanicien, chauffeur, chirurgien), dans certaines dermatoses (eczéma professionnel), pour le nettoyage de la peau après application de pâtes ou de pommades, pour les bains de déca-

page, pour le rasage. La graisse savonneuse ne desséchant pas la peau prévient l'action irritante du froid et de la lumière.

L. Chatellier.

Fonction de la peau et solution salée hypertonique (Hautfunktion und hypertonische Kochsalzlösung), par W. Engelhardt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 2, 11 janvier 1930, p. 72.

La méthode de Gerson (régime hypochloruré et végétarien) doit son efficacité dans la tuberculose cutanée à plusieurs facteurs ; d'après Jesionek, aux modifications des cellules cutanées par la suppression du sel. NaCl a certainement une action sur les fonctions de la peau. Ainsi, les injections intraveineuses d'eau salée à 10 o/o (30-50 cc.), arrêtent la desquamation des psoriasis et font pâlir les taches : ce résultat est dû à un hyperfonctionnement épithélial.

D'autre part, l'augmentation du sel ingéré a déterminé, chez les 24 malades soumis à ce régime, une éruption de pyodermites pustuleuses et de folliculites, sans doute par variation du pH vers l'alcalinité. Ingéré ou injecté, le sel accroît la résistance de la peau aux topiques, même irritants.

L. Chatellier.

La chimiothérapie de la blennorragie par les couleurs d'acridine (Die Chemotherapie der Gonorrhoe mit Acridinfarbstoffen), par W. Engelhardt et O. Dahlem. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 2, 11 janvier 1930, p. 75.

Les auteurs ont traité des uréthrites blennorragiques aiguës ou subaiguës, avec ou sans complications, par le traitement mixte : gonoflavine intraveineuse et rivanol en lavages. Les résultats obtenus ne sont pas supérieurs à ceux que procure la gonoflavine seule. Celle-ci ne permet que des dilutions très faibles de rivanol (1/20.000^{e}-1/5.000^{e}). Les complications sont rares dans le traitement mixte, mais l'uréthrite est plus lente à guérir que par la gonoflavine seule.

L. Chatellier.

La réaction à l'argent de la peau dans le vitiligo et les autres altérations du pigment. Réflexions sur l'accroissement et la diminution de la sensibilité dans le vititigo (Die Silberreaktion au der Hautoberfläche bei Vitiligo und bei anderen Pigmentstörungen. Reflexionen über die erhabte, wie herabgesetzte Sensibilität bei Vitiligo), par L. Woronoff. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 3, 18 janvier 1930, p. 105, 1 fig.

Si l'on applique sur une plaque de vitiligo une bande de papier buvard imbibé de nitrate d'argent à 5-6 o/o, de telle sorte que moitié de la bande porte sur la zone dépigmentée et moitié sur la zone pigmentée périphérique, on constate, au bout de 5 à 8 minutes, après avoir enlevé la bande maintenue humide que seule la partie pigmentée a pris une teinte noire. La zone vitiligineuse ne subit aucune modification. Même constatation dans les dépigmentations inflammatoires. Au niveau des taches mongoliques ou du mamelon, la partie pigmentée réduit plus vivement l'argent que la peau normale. Le nettoyage au savon, à l'alcool

et à l'éther de la peau vitiligineuse ne modifie pas les résultats. La réduction artificielle (rayons ultra-violets) détermine le noircissement de toute la bande de papier, en territoire pigmenté ou non. La réduction spontanée de l'argent est due à la mélanine et à ses produits de désintégration, qu'on rencontre dans l'épiderme corné des peaux blanches comme des peaux noires. Les pigmentations dues à l'hémosidérine ne déterminent aucune modification du nitrate. Les différences constatées entre l'épiderme pigmenté ou décoloré expliquent dans une certaine mesure les différences de sensibilité depuis longtemps constatées entre la peau vilitigineuse et la peau normale : le rôle du pigment, quoique mal défini, est certain. L. CHATELLIER.

Les résultats de la deuxième conférence de Copenhague sur le séro-diagnostic de la syphilis (Die Ergebnisse der zweiten Laboratoriumskonfereuz über die Serodiagnose der Syphilis in Kopenhagen), par H. MARTENSTEIN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 3, 18 janvier 1930, p. 111.

A cette deuxième Conférence, par la réaction de Wassermann originale et diverses variantes d'une part, par la réaction de Kahn (méthode Kahn et méthode Boas), la réaction de louchissement de Meinicke, la Ballungsreaktion de Muller, la réaction de Murata, la citochol réaction et la lentochol réaction de Sachs-Georgi, la sigma réaction modifiée et la réaction de Vernes, on a examiné : 1° 944 sérums, dont 502 provenant de syphilitiques certains traités ou non, 7 douteux, et 435 de malades sans aucuns antécédents ; 2° 122 liquides dont 80 o/o provenant de syphilitiques.

Pour les sérums, les meilleures réactions de floculation (réactions de Kahn et de Muller et la réaction du citochol) se sont montrées égales, et parfois supérieures en sensibilité aux meilleures réactions de déviation (technique de Wyler-Harrison et de Mac Intosh). Il convient toujours d'associer la réaction de Wassermann et les réactions de floculation. Les renseignements cliniques sont toujours nécessaires. Une notation générale devrait être utilisée : Négative = — ; Positive = + ; douteux = ±. En l'absence de tout signe clinique ou de tout antécédent, un résultat positif doit être vérifié par d'autres méthodes. Un résultat positif obtenu par différentes méthodes permet alors d'affirmer la syphilis.

Pour les liquides, les réactions de Kahn et de Muller se sont montrées égales à la réaction de Wassermann. Il y a une légère supériorité de cette dernière, quand le liquide est trouble.

L. CHATELLIER.

Uréthrographie dans la blennorragie de l'homme et chez la femme (Urethographie bei gonorrhœ des Mannes und bei der Frau), par R. FRÜHWALD. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 4, 25 janvier 1930, p. 133, 8 fig.

F. suit la technique de Langer et Wittkowsky et se sert de Jodepin comme corps opaque. 100 blennorragiens ont été examinés, et 169 clichés pris. Dans l'urèthre antérieur, les altérations les plus fréquentes

consistent en infiltrats muqueux et paramuqueux et en strictures. Les rétrécissements sont difficiles à distinguer des infiltrats. F. les a constatés 32 fois, 14 dans la portion bulbo-caverneuse, 11 fois dans la portion caverneuse et 7 fois dans la portion bulbaire. Sur les 32 malades, F. a trouvé 77 rétrécissements, dont 43 localisés à la partie inférieure, 19 circulaires et 15 à la partie supérieure. Les rétrécissements sont le plus souvent multiples ; ils sont parfois précoces. L'uréthrographie met facilement en évidence les abcès péri-uréthraux, les diverticules et les altérations glandulaires. La portion bulbaire à l'état normal se termine par une dilatation arrondie, surmontée d'une pointe fine. Dans la blennorragie, l'ombre prend un aspect globuleux.

Dans l'urèthre postérieur, vide à l'état normal, l'apparition d'une ombre témoigne d'une lésion. Cette ombre est de forme et de dimensions variables. L'injection des canaux prostatiques signifie une inflammation de la glande. L'uréthrographie décèle les abcès prostatiques. Son utilité est nulle dans le traitement de la blennorragie ; mais considérable pour expliquer les rechutes et les évolutions rebelles. Chez la femme, l'uréthrographie permet de déceler les diverticules et les folliculites péri-uréthrales. L. Chatellier.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

La chimie du sang dans les maladies de la peau (The chemistry of the blood in diseases of the skin), par Schamberg et Brown. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXI, n° 1, janvier 1930, p. 1.

Résultats des dosages de l'azote non protéique, de l'azote de l'urée, du dextrose et de l'acide urique dans le sang de 875 malades dont plus de la moitié étaient porteurs d'eczéma.

Cette laborieuse étude montre tout d'abord que le taux de l'azote du sang varie suivant l'âge des malades ; à partir de la troisième décade de la vie, il y a une augmentation constante de l'azote non protéique, de l'azote de l'urée et, particulièrement, de l'acide urique. D'une façon générale, ces substances existent à un taux plus élevé dans le sang des hommes que dans celui des femmes.

De toutes les dermatoses étudiées, c'est dans les formes généralisées d'eczéma et de prurit que l'on trouve le pourcentage le plus élevé d'individus ayant dans le sang un excès d'azote non protéique, d'azote de l'urée et d'acide urique.

Les conceptions nouvelles sur l'étiologie des réactions eczémateuses ne doivent pas condamner la chimie du sang à l'oubli car, dans certains cas rebelles, elle donne de précieuses indications pour l'établissement d'un régime alimentaire indispensable.

S. Fernet.

La tryparsamide dans le pemphigus aigu (Tryparsamide in acute pemphigus), par Grindon. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXI, n° 1, janvier 1930, p. 25

On traite en Amérique le pemphigus par la méthode dite de Davis consistant en injections combinées de cacodylate de fer et de coagulène (extrait de plaquettes du sang). G. a appliqué cette méthode en remplaçant le cacodylate de fer par la tryparsamide dont il injectait 2 grammes une fois par semaine. Sur 4 cas de pemphigus aigu, il y eut 3 guérisons et 1 amélioration ; sur 2 cas de pemphigus chronique, 1 guérison et 1 échec. S. Fernet.

Œdème dur, localisé des extrémités en rapport avec le goitre exophtalmique (Localized solid edema of the extremities in association with exophthalmic goiter), par O'Leary. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXI, n° 1, janvier 1930, p. 57, 7 fig.

O'L. a observé plusieurs cas de myxœdème localisé chez des hyperthyroïdiens. Il s'agissait dans tous les cas de malades présentant des goitres exophtalmiques. Au tiers inférieur des jambes, existaient des placards surélevés et indurés, bien circonscrits, au niveau desquels la peau était rosée et présentait des dépressions punctiformes en peau d'orange. Au début de leur apparition, ces lésions paraissaient être purement œdémateuses et diminuaient par le repos ; à la longue, elles devenaient persistantes, plus fermes et ne gardaient pas l'empreinte du doigt. La thyroïdectomie les a fait quelquefois disparaître, mais, le plus souvent, elles ont persisté quel que fut le traitement appliqué à l'hyperthyroïdie et, pour des raisons esthétiques, on a été amené à en faire l'ablation chirurgicale.

La structure histologique de ces lésions était celle du myxœdème : dégénérescence des faisceaux conjonctifs et des fibres élastiques, infiltration périvasculaire de lympho- et de plasmocytes, hypertrophie de la couche adipeuse ; entre les fibres collagènes, on constatait la présence d'une substance amorphe se colorant en bleu par l'hématoxyline-éosine et se présentant tantôt sous forme de dépôts homogènes, tantôt sous forme de granulations. S. Fernet.

Dyskératose congénitale avec pigmentation, dystrophie unguéale et leukokératose buccale (Dyskeratosis congenita with pigmentation, dystrophia unguis and leukokeratosis oris), par Cole, Rauschkolb et Toomey. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXI, n° 1, janvier 1930, p. 7, 7 fig.

Observation d'un cas de dystrophie ectodermique particulière caractérisée par une lésion pigmentaire papulo-miliaire du cou, de l'acroasphyxie avec hyperhidrose, une dystrophie unguéale, des lésions pseudo-leucoplasiques de la langue et de la voûte palatine, de l'épidermolyse bulleuse. Ce cas, difficile à classer, se rapproche le plus de la « pachyonychie congénitale » décrite par Jadassohn et Lewandowsky.

S. Fernet.

The Urologic and Cutaneous Review (Saint-Louis).

Le diagnostic de la syphilis héréditaire par la recherche des tréponèmes pâles dans la sécrétion conjonctivale (Diagnosis of congenital lues by

demonstration of the spirochete pallida in the conjunctival secretion), par Mohrmann (de Hanovre). *The Urologic and Cutaneous Review*, vol. XXXVI, n° 1, janvier 1930, p. 48.

Au cours de multiples recherches de tréponèmes dans les humeurs et les diverses sécrétions des nourrissons hérédo-syphilitiques, M. a constaté la présence constante de tréponèmes dans la sécrétion conjonctivale. Quelque surprenant que ce fait puisse paraître, il est cependant pratiquement constant. La technique est simple : on découvre la conjonctive de la paupière inférieure, on la frotte légèrement avec un fil de platine et on prélève la sécrétion pour l'examiner à l'ultramicroscope. Les tréponèmes ne sont pas nombreux, mais on en trouve trois ou quatre par champ. Des biopsies ont pu être pratiquées sur les conjonctives de quelques nouveau-nés hérédo-syphilitiques décédés ; dans un cas, on constatait la présence de tréponèmes dans l'épaisseur de la conjonctive, dans les autres, les recherches ont été négatives, probablement en raison des traitements spécifiques qui avaient déjà été appliqués. Il est probable qu'il existe chez les nourrissons hérédo-syphilitiques une infiltration spécifique tarso-conjonctivale. Dans la syphilis acquise de l'adulte, la recherche des tréponèmes dans la sécrétion conjonctivale a toujours été négative. S. Fernet.

La cuti-réaction dans la syphilis et sa signification dans le diagnostic et le traitement (The cuti-reaction in syphilis and its significance in diagnosis and therapy), par Stein (de Vienne). *The Urologic and Cutaneous Review*, vol. XXXIV, n° 1, janvier 1930, p. 65.

S. a expérimenté un nouveau vaccin syphilitique préparé avec les lésions expérimentales testiculaires du lapin. Ce vaccin, le Luotest, paraît être supérieur à la Luétine, sa spécificité est absolue. Les cuti-réactions faites avec 0 cc. 1 de Luotest donnent, après 24 heures, une papule rouge-brun située au centre d'une zone rose pâle, légèrement surélevée et infiltrée, nettement limitée, d'aspect érysipélatoïde. Cette réaction se différencie des réactions non spécifiques, d'ailleurs rares, par sa teinte pâle et sa délimitation nette. Dans certains cas, l'infiltration rosée s'étend encore pendant 24 ou 36 heures, peut atteindre les dimensions de la paume d'une main, s'accompagner de lymphangite, d'une pustule ou se nécroser au centre ; dans ces cas, elle est encore reconnaissable après quelques semaines.

Le Luotest donne 80 o/o de réactions positives dans la syphilis tertiaire ; il permet de diagnostiquer certains cas de syphilis héréditaire dont la sérologie est négative. Au point de vue thérapeutique, il a été utilisé chez des arséno-résistants chez qui l'arsenic a pu, ultérieurement, cicatriser les lésions. S. Fernet.

British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Quelques observations sur l'étiologie de l'érythème polymorphe (Some observations of the causation of erythema exudativum multiforme), par

Ramel (de Lausanne). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, nº 495, janvier 1930, p. 1, 6 fig.

R. cite quatre nouvelles observations d'érythème polymorphe qui confirment l'opinion défendue par lui au Congrès de Paris (juillet 1929), à savoir que l'érythème polymorphe est dû à une infection tuberculeuse hématogène atténuée.

L'inoculation du sang des quatre malades à des cobayes a donné lieu, tout d'abord, à des tuberculoses atténuées, non folliculaires, sans chancres d'inoculation. Mais la virulence de cette infection peu caractéristique de la première inoculation s'est exaltée par des passages successifs ; au quatrième passage, les cobayes présentaient des lésions caractéristiques de la tuberculose expérimentale et les lésions produites contenaient des bacilles acido-résistants qui ont pu être cultivés.

L'érythème polymorphe dit secondaire est aussi de nature tuberculeuse et résulte du réveil d'une infection latente sous l'influence biotropique d'une cause toxi-infectieuse ou physico-chimique. En effet, dans l'une des observations qui font l'objet de ce travail, l'érythème polymorphe était apparu quelques jours après une insolation suivie d'un érythème solaire. Les inoculations successives aux cobayes ont abouti dans ce cas à des lésions tuberculeuses semblables en tous points à celles qui étaient observées dans les cas d'érythème polymorphe idiopathique. S. Fernet.

Trichophytide conjonctivale (Conjunctivitis as a trichophytide manifestation), par Muende. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, nº 495, janvier 1930, p. 26.

Un enfant de 10 ans, porteur d'une trichophytie, présenta, 16 jours après l'application de rayons X, une trichophytide varicelliforme généralisée et une conjonctivite hyperhémique ressemblant à une ophtalmoréaction positive à la tuberculine. La réaction à la trichophytine, qui avait été négative avant l'application des rayons X, était devenue fortement positive lors de l'apparition de la trichophytide cutanée et conjonctivale. S. Fernet.

Bruxelles Médical.

Le traitement des orchiépididymites blennorragiques par le cyanure de mercure, par B. Valverde (Brésil). *Bruxelles Médical*, 10e année, nº 2, 19 janvier 1930.

Cette méthode fit l'objet de la thèse de Gastaud en 1926. V. l'a utilisée avec succès dans un grand nombre de cas. Très rapidement, les injections intraveineuses de cyanure diminuent la douleur, agissent sur les phénomènes généraux, sur la fièvre, sur la tuméfaction. Si l'affection est traitée dès le début, elle est arrêtée dans son évolution et la guérison est rapide. Les injections doivent être faites journellement, 6 à 8 suffi-

sent en moyenne. Le cyanure est utilisé à la dose de 1 centigramme dans une solution de chlorure de sodium à 9/1.000.

H. RABEAU.

Revista del Instituto Medico Sucre.

La syphilis et la folie (La sifilis y la locura), par JAIME MENDOZA. *Revista del Institute medico, Sucre,* 20e année, n° 54, juillet à décembre 1929. p. 58.

En dehors de la paralysie générale et du tabès, qui relèvent directement de la syphilis, on trouve cette infection à l'origine de nombreux cas d'aliénation mentale.

Elle est souvent la cause de l'idiotie aussi bien que de l'épilepsie et de son cortège de troubles psychiques.

D'après des travaux très récents, elle jouerait un rôle certain dans la genèse de la démence précoce.

Elle intervient dans la confusion mentale, soit seule, soit associée à d'autres facteurs d'intoxication.

On la rencontre dans les paranoïas, dont l'étiologie est si souvent énigmatique. Le trouble mental dans ces cas est vraisemblablement causé par la répercussion cérébrale d'une syphilis viscérale (hépatique, gastrique, rénale, etc.).

On peut admettre une même explication pour les psychonévroses telles que l'hystérie et la neurasthénie.

Enfin des observations personnelles permettent à l'auteur d'établir que, si la manie est un syndrome lié à de nombreux facteurs étiologiques, la syphilis occupe dans sa pathogénie une place considérable, peut-être même la plus importante.

Il existe incontestablement une syphilis à forme maniaque ou, si l'on préfère, une manie syphilitique.

Dans certains cas, il s'agit d'une syphilis cérébrale avec syndrome maniaque rapidement jugulée par le traitement spécifique. Chez d'autres malades, on pourrait penser à la paralysie générale mais la guérison rapide et complète permet d'éliminer ce diagnostic. Les rémissions de la méningo-encéphalite diffuse ont un caractère tout différent et comportent toujours un déficit du fonds psychique du sujet.

Enfin d'autres aliénés présentent en même temps qu'un syndrome maniaque des signes non douteux d'infection luétique.

J. MARGAROT.

Edinburgh Medical Journal.

Les progrès récents dans le traitement et la prophylaxie de la lèpre (Recent advances in the treatment and prophylaxis of leprosy), par ROGERS. *Edinburgh Medical,* vol. XXXVII, n° 1, janvier 1930, p. 1.

R. expose en détail les progrès qui sont accomplis dans le traitement de la lèpre. Les diverses préparations d'huile de chaulmoogra, d'autres huiles végétales et de leurs dérivés, associés ou non à des substances antiseptiques, la vaccinothérapie sous forme d'émulsion de lépromes, permet actuellement, sinon de guérir radicalement, tout au moins de blanchir et de rendre non contagieux de nombreux lépreux jeunes. Malheureusement, la prophylaxie de la lèpre est mal comprise. On n'isole et on ne traite dans les léproseries que des lèpres incurables, datant en moyenne de 4 ou 5 ans (colonies anglaises) et même de 8 ans (léproserie de Culion). Pendant les années qui précèdent leur entrée dans une léproserie, alors que leur lèpre est encore curable, les lépreux ne sont pas soignés et vivent dans leur milieu familial où tout leur entourage est exposé à la contamination. On a pu établir, en effet, qu'avant d'être contaminés, 80 o/o des lépreux ont cohabité avec des malades et que 30 o/o ont partagé leurs lits avec des lépreux.

La prophylaxie doit s'efforcer de dépister et de traiter régulièrement les lèpres jeunes, d'effectuer une surveillance prolongée sur l'entourage direct des malades afin de reconnaître à leur début les contaminations possibles ; cette surveillance doit être poursuivie pendant des années, puisque l'incubation de la lèpre varie de 2 à 5 ans.

Le système d'isolement dans les léproseries ne répond pas du tout à ce but : il prive les lèpres jeunes de tout traitement régulier pendant toute la période précisément où elles sont encore curables et jusqu'au moment où elles ne le sont plus ; de plus, il n'empêche pas les contaminations dont elles sont responsables.

Au système fort onéreux d'isolement, R. oppose la création de dispensaires libres de prophylaxie et de traitement, comme il en existe déjà dans les Indes. En quelques mois, des centaines de lépreux s'y sont présentés spontanément. Aux Indes, le prix du traitement d'un malade pendant une année revient au 60e du prix d'isolement d'un seul malade et en Nouvelle-Galles du Sud le coût de l'isolement d'un lépreux permettrait de traiter 1.600 malades pendant un an. Avant d'abolir les léproseries, « la plus grande honte de la médecine moderne », « des prisons à perpétuité pour le crime impardonnable d'avoir innocemment contracté la lèpre », une mesure immédiate s'impose dans les pays et les colonies où leur existence est consacrée par des lois, c'est la création d'offices médicaux spéciaux, chargés de la prophylaxie sociale, et l'autorisation pour les malades de venir s'y faire traiter librement ; les léproseries seraient réservées aux incurables et admettraient temporairement les contagieux curables.

S. Fernet.

Congrès International monographique du Cancer de la peau

(28-30 octobre 1929). — Barcelone

3e Session

Présidence : Professeur G. Fischera

Problèmes généraux

D. Problèmes sérologiques diagnostiques et thérapeutiques (Problemas serologicas, diagnósticós y terapéeuticos), par Martinez Nevot. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone.

Bien que le fait ne soit pas prouvé, il est possible que le cancer reconnaisse pour cause une disposition générale de l'organisme, peut-être d'ordre biochimique.

Il est d'autre part certain que le cancer déjà formé agit sur l'économie en général et plus spécialement sur le milieu interne, donnant lieu à des modifications manifestes de la composition et des propriétés du sang.

Ces modifications servent de base à de multiples réactions biologiques qui ont été proposées par le diagnostic des tumeurs malignes.

Aucune d'elles ne saurait atteindre pour le cancer la valeur diagnostique qu'a, par exemple, la réaction de Wassermann pour la syphilis.

Quelques-unes cependant présentent un réel intérêt ; ce sont :

1° Les réactions de Freud et Kaminer, basées sur l'existence dans le sérum des cancéreux d'une substance qui protège les cellules néoplasiques contre le pouvoir lytique du sérum normal ;

2° La réaction de Roffo (changement de coloration du rouge neutre en présence d'un sérum provenant d'un malade atteint de cancer : les sérums normaux sont jaunâtres et les sérums de cancéreux virent au rose ou au rouge) ;

3° La réaction de Botelho (production d'un précipité dans un sérum convenablement acidifié et mélangé à un réactif ioduré) ;

4° La réaction de la meiostagmine d'Ascoli et Izard (abaissement de la tension superficielle du sérum des cancéreux après addition d'acides gras ou de lipoïdes, par suite de l'insuffisance de l'action compensatrice du sérum).

L'extirpation de la tumeur, ou son traitement par des radiations de courte longueur d'onde, tendent, sans que cela soit la règle, à rendre négatives des réactions antérieurement positives.

Les cancers de la peau paraissent avoir une moindre influence que les cancers de siège différent sur les propriétés et la composition du sang — la preuve en est fournie par le petit nombre de réactions positives obtenues. — Aussi l'examen direct et la biopsie ont-elles une

valeur diagnostique beaucoup plus grande que les épreuves sérologiques dans le diagnostic des tumeurs malignes cutanées.

Aucune indication thérapeutique ne saurait être fondée sur ces seules épreuves. J. Margarot.

La réaction de Roffo dans le cancer (La reaccion de Roffo en el cáncer), par L. M. Correa. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone.

La réaction de Roffo est le résultat d'une étude systématique de la biologie des néoplasmes. Bien qu'elle ne soit pas rigoureusement spécifique, elle fournit des données qui, ajoutées à celles des autres examens, peuvent être utilisées dans l'établissement d'un diagnostic.

Son utilité purement scientifique est très grande. L'étude de son mécanisme a permis d'approfondir les connaissances relatives à la sérologie du cancer. Elle reconnaît comme cause une altération physico-chimique du sérum en rapport avec la capacité d'adsorption du gaz carbonique. J. Margarot.

Les réactions de Roffo et de Botelho dans le cancer cutané (Las reacciones de Roffo y Botelho en el cáncer cutaneo), par Maturana Vargas. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone.

Les deux réactions sont positives dans la majorité des épithéliomes cutanés. Celle de Roffo paraît plus sensible dans les cas de lésions pré-épithéliomateuses. J. Margarot.

La cholestérine dans le cancer cutané (La colesterina en el cáncer cutáneo), par Maturana Vargas. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone.

Dans les états pré-épithéliomateux, comme chez les sujets atteints de cancer cutané, on peut toujours trouver dans les tissus malades et dans le sérum un pourcentage de cholestérine supérieur à la normale. La détermination du taux de cette substance peut par suite être considérée dans une certaine mesure comme un élément de diagnostic.

J. Margarot.

E. Sécrétions internes et cancer (Secrezioni interne e cangro), par G. Fischera. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 210.

G. F. établit l'importance de divers facteurs dans la genèse du cancer. Les uns sont individuels, les autres relatifs au terrain, à la chronicité, etc. Il cite les expériences réalisées pour démontrer la relation intime entre les sécrétions internes et les tumeurs malignes.

Il traite de l'endocrinothérapie et signale, entre autres faits, l'influence de l'ovariotomie sur l'évolution du cancer du sein.

J. Margarot.

F. Etat actuel de l'étiologie et de la pathogénie du cancer de la peau (Estado actual de la etiología y patogenia del cáncer de piel), par F. Duran Reynals (de l'Institut Rockefeller). *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 226.

La plupart des données actuelles touchant l'étiologie et la pathogénie du cancer ont fait l'objet de recherches entreprises à l'Institut Rockefeller.

D. R. passe successivement en revue les notions relatives à l'irritation chronique, aux virus filtrants, à la cellule cancéreuse, au cancer du goudron, à la prédisposition, à l'hérédité, etc.

J. Margarot.

Nos expériences pour corriger le retard et la résistance à l'apparition du cancer expérimental du goudron. Commentaires sur l'immunité en cancérologie. Une théorie pour l'expliquer. La panimmunité de l'hypergenése (Nuestras experianceas para corregier el retardo y la resistancia a la aparición del cancer experimental del al quitran. Commentarios sobre la immunitad en cancerologia. Una teoria para explicar la ; la panimmunidad de la hipergenesia), par Vicente Carulla. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 240, 46 p., 10 fig.

Certains faits expérimentaux d'ordre allergique semblent démontrer l'existence chez les cancéreux d'une immunité qui ne serait pas humorale, mais cellulaire. On serait en présence d'un phénomène biologique auquel l'auteur donne le nom de panimmunité de l'hypergénèse.

J. Margarot.

G. Cancer de la peau. Etudes statistiques sur sa fréquence ; localisation et types histopathologiques. Le cancer de la peau comme cause de mort et comme maladie (Cáncer de la piel. Estudios estatisticos sobre su frecuencia, localizacion y tipos histopatológicos. El cáncer de la piel como causa de muerte y como enfermedad), par J. Goyanes, avec la collaboration de Die y Mas. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 269.

On a noté en Espagne, au cours de l'année 1901, 442 décès dus au cancer de la peau, soit une proportion de 5,58 pour 100 cancéreux. En 1928, le total s'est élevé à 685, soit à 4,35 o/o des sujets morts de tumeurs malignes.

Cette mortalité est particulièrement grande dans certaines provinces qui sont par ordre de fréquence décroissante : Valladolid, Barcelone, Madrid, Burgos, Palencia et Alava.

Le siège habituel est la tête et surtout la face : cette localisation représente 83 o/o des cas.

J. Margarot.

Prophylaxie du cancer de la peau (Profilaxis del cáncer de la piel). Rapport présenté par José Fernandez de la Portilla et Julio Bravo Sanfeliu. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 286.

La prophylaxie sociale du cancer cutané se résume en deux mots : hygiène et culture. Elle se confond pour une large part avec la prophylaxie antivénérienne. J. Margarot.

Congrès International monographique du Cancer de la peau.

28-30 octobre 1929. — Barcelone

4e Session

Présidence : Professeur Covisa

Thérapeutique du cancer de la peau.

A. Rœntgenthérapie du cancer de la peau (Roentgenterapia del cáncer de la piel), par Piga. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone.

Le traitement des cancers cutanés par la seule radiothérapie donne des guérisons complètes dans les épithéliomas baso-cellulaires et des guérisons transitoires dans les épithéliomas épidermoïdes. L'auteur n'a jamais employé la technique de Coste, qui consiste à administrer en une seule application 3.500 à 7.000 R. sans aucun filtre.

Les dangers de la radiothérapie sont d'ordre local et général.

En ce qui concerne les premiers, la radionécrose est moins grave que l'atteinte d'un organe sous-jacent.

Parmi les seconds, l'acidose est surtout à redouter.

On ne doit jamais irradier un cancer déjà traité et en voie de cicatrisation. La contre-indication est fondamentale.

P. étudie ensuite la valeur comparative de la radiothérapie, de la chirurgie, de la curiethérapie et de l'électro-chirurgie.

Cette dernière méthode combinée avec des applications de rayons X ou de radium lui paraît la meilleure.

L'irradiation rœntgenienne pratiquée après l'intervention chirurgicale a une grande valeur complémentaire en l'absence d'adénopathies. S'il y a des ganglions, elle doit céder la place au radium.

J. Margarot.

Traitement des cancers cutanés par les rayons X à dose massive, par W. Dubreuilh de Bordeaux, *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 305.

La radiothérapie est impuissante dans les épithéliomas dépassant les limites du derme en profondeur, dans les cancers de la peau secondaires par généralisation d'un cancer profond, dans le carcinome cutané, mélanique ou non, et dans le cancer des cicatrices.

Elle constitue le traitement de choix des *épithéliomas superficiels*, qu'ils soient baso-cellulaires ou spino-cellulaires, mais il faut savoir s'en servir.

La méthode des petites doses répétées est néfaste. Il est préférable de ne faire qu'une seule séance, assez forte pour détruire d'un seul

coup toutes les cellules cancéreuses. Il faut pour cela une dose de 10 à 20 H., quelquefois plus. Il n'y a aucun avantage à abraser les parties saillantes : du fait de leur saillie, elles reçoivent une dose supérieure et leur action filtrante à l'égard des parties profondes est insignifiante. J. MARGAROT.

Curiethérapie du cancer de la peau (Curiterapia del cáncer de la piel), par Antonio PEYRI. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 308.

L'auteur précise les bases thérapeutiques de la curiethérapie : la dose « cancéricide » doit être appliquée à la base de la tumeur, elle doit être maxima, à la profondeur désirée, uniforme pour toute la tumeur et enfin unique. La durée de l'application doit être proportionnelle à la rapidité de croissance du cancer et à l'activité de la karyokinèse.

La technique est régie par la profondeur de la lésion.

Les épithéliomas superficiels sont justiciables de plaques à vernis avec filtres. La masse des épithéliomas végétants ne constitue pas un obstacle à la curiethérapie.

En ce qui concerne les formes profondes, la radiumpuncture n'est indiquée que dans les petits épithéliomas bien délimités. La curiethérapie par foyers extérieurs paraît préférable dans la plupart des cas. J. MARGAROT.

Cancer des orifices naturels, par DEGRAIS. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 319.

La curiethérapie, pratiquée suivant la profondeur des lésions, avec des appareils à vernis, des tubes, ou des aiguilles, est indiquée dans le cancer des lèvres et des organes génitaux.

En ce qui concerne l'épithélioma des paupières, certains ophtalmologistes préfèrent le traitement chirurgical. Le cancer de l'oreille commande quelques réserves, le cartilage se défendant mal contre les radiations. J. MARGAROT.

Ecos espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Prophylaxie antivénérienne (Profilaxis antivenerea), par Eduardo de GREGORIO. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 6e année, nº 52, janvier 1930, p. 195.

Étude résumant l'œuvre prophylactique du Dispensaire officiel de Sarragosse au cours de l'année 1929.

E. G. apporte et commente les statistiques relatives à la prostitution réglementée, à sa surveillance médicale et à la prophylaxie par le traitement. Il met en relief le rôle primordial du dispensaire dans la lutte antivénérienne. J. MARGAROT.

Note clinique : chancre vénérien « insontium » (« Chancro venereo de los inocentes »), par Roca SANCHEZ. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 6e année, nº 52, janvier 1930, p. 223, 1 fig.

Chancre mou de la paroi abdominale, siégeant un peu au-dessus du pli inguinal droit chez un nourrisson de 14 mois de sexe masculin. L'enfant partageait le lit de sa mère et cette dernière avait présenté un mois auparavant une ulcération du pubis ayant tous les caractères d'une chancrelle. J. MARGAROT.

La dermatologie et la syphiligraphie à Barcelone (Chronique mensuelle). (La dermatologia y la Sifiliografia en Barcelona) (Cronica mensual), par Wust. BERDAGUER. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 6e année, janvier 1930, p. 225.

Notes cliniques et histologiques sur le cancer de la langue d'origine traumatique par Noguer More, Institut médico-pharmaceutique.

Les lésions traumatiques de la langue sont fréquentes et peuvent passer inaperçues par suite de leur guérison spontanée et rapide.

Lorsqu'elles sont d'origine dentaire, le pronostic est bénin. La suppression de la cause est suivie d'une cicatrisation rapide. Elles siègent habituellement sur les bords de la langue.

Le problème est plus difficile lorsque la lésion occupe la pointe de l'organe.

Dans un premier cas, l'ulcération a une situation un peu latérale et se trouve entourée d'une zone d'aspect leucoplasique produite par le frottement d'une canine.

Dans un second, il s'agit d'un granulome télangiectasique développé à la suite d'irritations locales diverses (traumatismes et plus tard, cautérisations chimiques).

Dans un troisième, on voit un granulome framboesiforme épithéliomatoïde, apparu consécutivement à la cautérisation d'une petite hyperplasie papillaire de la pointe.

Un autre sujet présente un granulome végétant évoluant sur une glossite desquamative.

N. M. présente encore un cas de cicatrice rétractile chéloïdienne consécutive à l'électro-coagulation et un cas de pseudo-épithélioma de la langue.

L'infection joue un très grand rôle dans la genèse de ces lésions et parmi elles la syphilis, à tel titre que l'on pourrait parler de syphilis traumatique chez ces malades.

L'analyse histologique de ces cas est d'une grande importance pour l'étude du précancer. J. MARGAROT.

Archivio di Dermatologia, Sifiliografia e Venereologia (Bologne).

Genèse et évolution de la lésion dite « épithélioma calcifiant » de la peau, par G. PATRASSI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifiliografia e Venereologia*, vol. V, fasc. 2, p. 127, 5 fig. Bibliographie.

Aucun cas d'épithélioma calcifiant n'a encore jusqu'ici été décrit en Italie et l'auteur attribue ce fait à une différence d'interprétation : les

auteurs italiens auraient considéré ces cas comme des kystes dermoïdes calcifiés. P. a eu l'occasion de suivre et d'étudier un cas de cette lésion décrite pour la première fois en France par Malherbe. Il s'agit d'une femme de 50 ans, qui présentait dans la région lombaire droite un petit nodule gros comme un pois chiche, qui fut enlevé et soumis à l'examen histologique.

Il en décrit les caractères microscopiques, et en résume ainsi les particularités :

« Néoformation épithéliale à type clinique et histologique bénin, provenant vraisemblablement d'une malformation congénitale de la peau, dont les éléments peuvent subir une évolution anormale correspondant à la cornéification de l'épiderme normal, ou bien présentant un aspect analogue à celui des cellules des glandes sébacées ; imprégnation calcique accentuée de l'épithélium sous la dépendance de modifications spéciales physico-chimiques du protoplasma (accumulation de substances grasses) et ossification du tissu conjonctif et parfois du parenchyme ; capacité réactive accentuée du stroma avec tendance à la destruction et à la substitution à l'épithélium mortifié d'un tissu conjonctif jeune et fibro-plastique ».

Discussion des différents termes de cette description.

P. fait remarquer que le terme de *épithéliome calcifié* n'a qu'une valeur conventionnelle. La calcification en effet, est un phénomène contingent : il existe des tumeurs ayant la même structure et qui sont indemnes de faits de calcification. La calcification donc, si importante que soit ce phénomène, ne peut assumer l'importance d'une donnée fondamentale pour le diagnostic anatomique.

Le terme de « épithélioma », même avec le correctif de « bénin » est insuffisant à définir avec précision l'ensemble des propriétés histologiques de la lésion, car les épithéliomas bénins de la peau ont été subdivisés par Jadassohn en nombreux groupes.

L'auteur propose le terme de « épidermome » qui aurait l'avantage de rappeler que le type histologique de la lésion reproduit assez fidèlement celui de l'épiderme normal. Et il en distingue deux variétés : épidermome kystique ou kystico-papillaire et épidermome alvéolaire, selon les particularités de l'aspect histologique, l'un et l'autre caractérisés à des degrés différents par l'évolution calcifiante de l'épithélium.

Belgodere.

Sur un cas de kératome essentiel palmaire et plantaire, par G. Spicca. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifiliographia e Venereologia*, vol. V, fasc. 2, p. 127, 5 fig. Bibliographie.

Le cas observé est celui d'un homme de tempérament très nerveux et un peu alcoolique, qui, depuis longtemps avait remarqué un état de sécheresse de la peau des surfaces palmaires et plantaires, avec sensations de brûlure, et qui vit se développer des épaississements kératodermiques, de ces deux surfaces, en nappe continue, mais divisée par

des fissures en blocs polygonaux. A l'examen microscopique : énorme épaississement de la couche cornée à travers laquelle on n'aperçoit ni orifices sudoripares ni conduits sudoripares ; infiltration analogue du corps papillaire, dans lequel on remarque en outre un grand nombre de vaisseaux très dilatés et d'aspect embryonnaire ; glandes sudoripares présentant les unes un état d'atrophie, d'autres, au contraire, une prolifération des cellules sécrétoires ; quelques glomérules sont kystiques ; les conduits excrétoires de ces glandes sont très étroits et les cellules de leurs parois sont parfois creusées de grandes vacuoles.

Discussion du diagnostic avec les diverses kératodermies : arsenicale, parasitaire (trichophytie), syphilitique, blennorragique ; kératodermies symptomatiques : psoriasis, lichen plan, pityriasis rubra, eczéma, érythrodermies exfoliatrices ; kératodermies traumatiques, professionnelles.

Toutes ces variétés étiologiques étant éliminées, le cas observé par S. apparaît donc comme une entité *sui generis*, que l'on doit faire rentrer dans le groupe des kératodermies essentielles des extrémités, entité nosologique difficile à classer et dont la pathogénie est fort obscure.

S. rappelle les différentes théories proposées pour expliquer ces kératodermies : trophoneurotique, endocrinienne, hyperidrosique. En faveur de la théorie hyperidrosique, un argument important est celui du kératome héréditaire, dans lequel on trouve une augmentation importante du nombre et du volume des glandes sudoripares, qui doit être considérée comme une altération congénitale de nature nævique et cette hyperactivité des glandes sudoripares amènerait une imbibition des éléments du corps muqueux qui serait le point de départ de l'altération kératodermique.

Pour les autres variétés de kératodermies, ce seraient des troubles du système nerveux végétatif, des dysfonctions endocrines qui conduiraient au même résultat, c'est-à-dire à l'hyperhydrose, nécessaire au développement de la kératose.

Dans le cas rapporté par S., il y avait au contraire, il est vrai, cliniquement anidrose, mais il y avait histologiquement des altérations du corps muqueux semblables à celles du kératome héréditaire, et qui sont rapportées à une action exercée par la sueur.

Mais S. pense que la pathogénie est en réalité très complexe et sous la dépendance de diverses causes spéciales, locales ou générales, héréditaires ou acquises, difficiles à préciser.

Pour le cas qu'il a observé, il conclut à deux hypothèses : 1° ou bien il s'agit d'un cas rare de kératodermie héréditaire exceptionnellement tardif (hypothèse peu probable) ; 2° ou bien il y aurait une sorte de prédisposition latente d'un district cutané qui est devenue manifeste sous l'influence de deux facteurs : facteur endocrine révélé par l'intoxication alcoolique, qui exerce une excitation kératogène ; facteur traumatique qui provoque l'extériorisation de la manifestation cutanée.

Mais S. convient que tout cela est très nébuleux et il rappelle ce

qu'a dit à ce propos Bettmann : « que nous cognons contre une porte close avec des moyens et une force insuffisants ».

BELGODERE.

La lutte antivénérienne à Trieste dans les cinq dernières années (1924-1929), par Italo LEVI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifiliografia e Venereologia*, vol. V, fasc. 2, p. 151.

L'auteur donne les résultats à Trieste de l'application pendant 5 ans du nouveau règlement Mussolini concernant la prostitution et la lutte antivénérienne. Plusieurs analyses précédentes nous ont permis déjà d'exposer les caractéristiques de ce règlement éclectique, qui a cherché à satisfaire à la fois les réglementaristes et les abolitionnistes, et nous n'y reviendrons donc pas.

Les données statistiques fournies par ce travail ne peuvent se résumer. Mais, dans l'ensemble, les résultats ont été une diminution notable des maladies vénériennes, tout au moins pour la syphilis et le chancre mou, car pour la blennorragie, le nombre de cas est resté à peu près stationnaire. L. fait remarquer avec raison que ces résultats sont sensiblement analogues à ceux qui ont été observés dans tous les pays, bien que la lutte antivénérienne ait employé des moyens d'action fort différents. De sorte qu'il est difficile de dire si tel ou tel procédé de lutte est préférable à tel autre, et il ne manque pas de syphiligraphes qui pensent que, pour la syphilis comme pour d'autres maladies, il existe des périodes alternantes et spontanées de diffusion et de régression.

D'après L., l'effort doit être perfectionné désormais surtout dans le sens de la lutte contre l'hérédo-syphilis, de la surveillance de la gestation, de l'examen prénuptial, de l'eugénique et de l'éducation sexuelle au point de vue de l'hygiène et de la prophylaxie.

BELGODERE.

Syphilis gastrique à type pseudo-cancéreux, par F. BENASSI. *Archivio italiano di Dermatotologia, Sifiliografia e Venereologia*, vol. V, fasc. 2, p. 180, 3 fig. Bibliographie.

Difficulté d'établir le diagnostic de syphilis gastrique *in vivo*, sans biopsie, celle-ci n'étant possible qu'en cas d'intervention opératoire. Lésions de la syphilis gastrique : néoformations gommeuses, lésions scléro-gommeuses, hyperplasies fibreuses, rétractions cicatricielles, ulcérations. Au point de vue clinique, on a souvent un tableau pseudo-carcinomateux et le diagnostic différentiel est le plus souvent des plus difficiles, bien que la syphilis puisse être suspectée par le contraste entre les signes locaux et les signes généraux, la régularité de surface de la tuméfaction, l'absence de douleur à la pression, la douleur spontanée surtout nocturne, etc. Valeur diagnostique de la réaction de Wassermann. Valeur diagnostique du traitement d'épreuve : ce moyen

présente l'inconvénient de faire perdre un temps précieux s'il s'agit d'un néoplasme.

Valeur des examens radiologiques : eux aussi ne nous fournissent pas de symptômes très caractéristiques ni de différences bien nettes avec les signes de l'ulcère peptique et du cancer. B. passe en revue les divers travaux qui ont été publiés à ce sujet et rappelle notamment le « signe de l'aorte » de Foveau de Courmelles, et le signe de Moore et Aurelius, de la Clinique Mayo, pour lesquels le signe radiologique le plus important est un défaut de remplissement, concentrique et symétrique, intéressant au même degré la petite et la grande courbure, plus souvent à siège prépylorique, qui réduit la lumière gastrique à un étroit canal. Mais en somme, la conclusion de cette revue, c'est qu'il n'existe aucun signe qui permette le diagnostic différentiel des lésions gastriques luétiques basé sur leur seul aspect radiologique.

Après cet exposé de caractère général, B. rapporte le cas particulier d'un malade, dont l'examen clinique révélait un ensemble symptomatique tout à fait semblable à celui d'une tumeur cancéreuse de l'estomac et l'examen radiologique semblait confirmer ce diagnostic en montrant une image lacunaire plutôt vaste, mais à contours assez nets et réguliers, dans le voisinage de l'antre pylorique et avec conservation du péristaltisme. Or, ce malade avait eu précédemment la syphilis et sa réaction de Bordet-Wassermann était fortement positive. Si bien qu'on crut devoir tenter une cure arsénobenzolique, qui donna des résultats inespérés : amélioration considérable des signes fonctionnels, physiques et de l'état général, qui était très atteint, le malade étant presque cachectique. En même temps, modification des signes radiologiques, disparition graduelle de l'image lacunaire.

Le traitement spécifique fut donc poursuivi et l'amélioration s'accentua à tel point que, quelques mois après, B. revoyant le malade, eut de la peine à le reconnaître. Et comme cette amélioration persiste depuis un an et demi, on est en droit de considérer ce cas comme une véritable guérison. Les examens radiologiques répétés périodiquement n'ont permis de constater d'autre reliquat qu'une légère déformation et une rigidité partielle de l'antre, et un peu de dilatation des troisième et deuxième portions du duodénum, due sans doute à une légère sténose de la quatrième portion, occasionnée par des brides cicatricielles. On peut cependant se demander si, par la suite, la tendance rétractile des cicatrices syphilitiques ne pourra pas amener des déformations capables d'entraver le fonctionnement gastrique. Outre son intérêt au point de vue du diagnostic, le cas observé est aussi intéressant parce qu'il est rare de rencontrer des gommes syphilitiques qui fassent dans la cavité gastrique une saillie aussi volumineuse et nettement délimitée. Toutefois, ce cas n'apporte au problème du diagnostic aucun élément décisif puisque ce sont en somme de vagues particularités radiologiques et surtout les anamnestiques et les signes de laboratoire qui

ont fait soupçonner un diagnostic que le traitement d'épreuve est venu confirmer. BELGODERE.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Etude sur le métabolisme du chlore dans les affections bulleuses et dans quelques autres affections cutanées, par T. SCOMMAZZONI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 5, décembre 1929, p. 1417. Bibliographie.

Parmi les nombreuses théories par lesquelles on a cherché à expliquer la pathogénie si obscure du pemphigus et des diverses affections bulleuses, certains auteurs ont voulu faire jouer un rôle prépondérant au métabolisme du chlore. Kartamischew, en particulier, a été des plus affirmatifs, au point d'attribuer à la courbe de rétention chloro-sodique dans le pemphigus une valeur égale à celle de la réaction de Bordet-Wassermann dans la syphilis, et cette courbe aurait, d'après lui, une valeur à la fois diagnostique et pronostique, la mort dans le pemphigus étant due, d'après lui, à une intoxication par rétention chloro-sodique.

Dans le but de contrôler ces affirmations, S. a fait les recherches suivantes : dans 8 cas de pemphigus, vrai ou foliacé, ou de dermatite de Duhring, il a dosé le Cl dans la peau, dans le sang, dans les bulles, spontanées ou provoquées, dans l'urine ; il a fait aussi l'épreuve de l'éosinophilie et celle du pomphyx chlorosodique de Aldriche et McClure. Ces recherches furent effectuées successivement, sous l'influence du régime normal, du régime déchloruré, du régime hyperchloruré.

Une autre série de malades, atteints de dermatoses diverses généralisées (eczéma, psoriasis, etc.), furent soumis aux mêmes épreuves.

En voici les résultats :

Il existe des analogies évidentes entre le pemphigus chronique vrai, le pemphigus foliacé et la maladie de Duhring. Dans ces diverses formes morbides, il y a hypochlorurie (moins accentuée dans la maladie de Duhring). Elle est plus accentuée pendant les phases aiguës, pour diminuer au point de disparaître dans les phases de rémission.

Le taux du Cl dans la peau est généralement élevé au-dessus des valeurs normales. Il n'y a cependant pas toujours un lien entre le taux du Cl dans l'urine et le taux du Cl dans la peau, et pas même entre le contenu du Cl de la peau et la quantité de Cl de l'alimentation. Parfois même, ces valeurs sont interverties.

On peut en dire autant du taux chlorique du sang et du liquide des bulles. Souvent, le contenu du sang en Cl reste normal, quelle que soit la quantité de NaCl ingérée ; parfois seulement, le taux du sang subit l'influence de l'alimentation.

Au point de vue de l'éosinophilie, ce n'est que très rarement que des variations ont pu être constatées qui puissent être rapportées au contenu du Cl dans les aliments.

L'épreuve de Aldriche et McClure a été presque toujours caractérisée

par une abréviation du temps de résorption du pomphyx chlorosodique, mais sans présenter de relations avec les valeurs chloriques rencontrées dans la peau, dans le sang, dans les bulles, ni avec le taux alimentaire. Cette épreuve ne peut pas remplacer la recherche du Cl dans la peau, parce qu'elle dépend du contenu en Cl et en H^2O, et le contenu du Cl de la peau n'est pas toujours parallèle à son contenu hydrique.

Même dans les autres affections cutanées, et particulièrement dans celles qui intéressent une grande partie de la surface de la peau, on peut rencontrer les mêmes altérations du métabolisme chlorique qui s'observent dans les affections bulleuses.

Même dans ces cas, on a pu mettre en évidence une hypochlorurie, mais jamais aussi accentuée que dans les affections bulleuses, une augmentation plus ou moins accentuée du Cl dans la peau, dans le sang et dans les bulles. L'éosinophilie n'a jamais subi de variations notables et l'épreuve de Aldriche et McClure a donné des valeurs le plus souvent normales.

Ni les cas de pemphigus, ni ceux d'affections cutanées diverses ne furent influencés d'une manière durable par la quantité de NaCl administrée.

Les altérations du métabolisme du Cl ne peuvent pas avoir une valeur diagnostique et pronostique dans le sens de Kartamischew ni même être la cause des affections pemphigoïdes, puisque les mêmes altérations se rencontrent dans d'autres affections cutanées, quoique à un degré moindre, et dans d'autres maladies (cancer, néphrite, anémie, cachexie) qui évoluent habituellement sans manifestations cutanées bulleuses ni d'autre genre.

Plus acceptable est pour le moment l'hypothèse émise par Urbach, que les altérations du métabolisme du Cl dans le pemphigus seraient un fait secondaire, et que la rétention du Cl ne représenterait qu'une tentative de l'organisme, précédemment du reste démontrée expérimentalement, pour s'opposer à la destruction des substances protéiques qui conduit rapidement à la cachexie. Par conséquent, des altérations du métabolisme chlorosodique peuvent être communes, non seulement au pemphigus mais aussi à d'autres affections cutanées, spécialement de nature aiguë avec évolution fébrile, et avec manifestations intéressant de vastes zones du tégument, dans lesquelles comme dans le pemphigus, se produisent sans aucun doute des processus de désintégration protéique plus ou moins importants. BELGODERE.

Recherches sur la glycémie dans quelques dermatoses, par Albero DEVOTO. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* fasc. 6, décembre 1929, p. 1439. Trois pages de bibliographie.

Copieux mémoire de 66 pages. Une première partie consacrée au rappel des notions chimiques sur les hydrates de carbone, sur leur rôle dans l'alimentation humaine et sur les différentes transformations

de leur métabolisme sur les anomalies de ce métabolisme et notamment de la glycémie.

Une deuxième partie est consacrée à une revue générale des diverses publications antérieures relatives aux rapports entre la glycémie et les dermatoses, étudiés par les procédés de laboratoire. Car, au point de vue clinique, ces rapports sont connus depuis longtemps et, sans laboratoire, les cliniciens avaient depuis longtemps décrit certains accidents cutanés sous le nom de *diabétides*. L'introduction des moyens de laboratoire est relativement récente, puisque le premier travail sur ce sujet, est celui de Fels en 1915. De ces divers travaux, il résulte que la majorité des auteurs reconnaît la fréquence de l'hyperglycémie dans un grand nombre de dermatoses. Celle-ci est particulièrement fréquente dans le groupe des dermatoses qui se développent avec prédilection chez des sujets diabétiques ou prédiabétiques, c'est-à-dire principalement dans les infections folliculaires (furonculose, anthrax), mais selon beaucoup d'auteurs, l'hyperglycémie est très fréquente aussi dans le psoriasis, l'eczéma, les prurits, et spécialement le prurit sénile.

Alors que, dans le premier groupe, la relation clinique entre la dermatose et les troubles du métabolisme apparaît évidente, dans le second groupe, elle n'est pas bien démontrée et l'hyperglycémie est vraisemblablement la résultante de divers facteurs, qui peuvent différer d'un cas à l'autre.

L'auteur expose ensuite ses recherches personnelles, et décrit méticuleusement les procédés d'analyse qu'il a employés. Il s'est servi de la microméthode de dosage de Bang. Le taux glycémique a été recherché chez des sujets à jeun, et dans quelques cas, on a recherché aussi la courbe glycémique après épreuve de la glycosurie alimentaire.

Les recherches ont porté sur 411 sujets, atteints de dermatoses diverses. D. a trouvé 328 cas avec glycémie normale, 18 hypoglycémiques, 70 hyperglycémiques. De sorte que les altérations du taux glycémique en rapport avec les dermatoses apparaissent en somme peu fréquentes, puisque les rapports centésimaux sont de 4,38 pour l'hypo- et 17,03 pour l'hyperglycémie.

Au point de vue des rapports entre dermatoses et diabète, D. a rencontré 2 cas seulement de diabète et 13 cas d'hérédité diabétique.

La série des hypoglycémiques n'offre aucune particularité importante. Pour ce qui est de la série des hyperglycémiques, elle comprend plus particulièrement certains groupes de dermatoses, notamment les eczémas et ulcères variqueux (56,6 o/o), des prurits essentiels (50 o/o), des furonculoses (33,33 o/o).

Certains groupes dermatologiques, en raison de l'abondance des malades et de plus grandes facilités d'examen, ont pu être mieux étudiés et donner des résultats plus précis :

Eczémas : 113 malades, 18 hyperglycémiques, variant de 1,02 à 1,35 o/oo, pas de parallélisme entre hyperglycémie et extension de la

dermatose. Au contraire, il semble évident, au moins dans un certain nombre de cas, que le taux glycémique tend à s'abaisser avec l'amélioration et la guérison de la dermatose.

Psoriasis : 39 cas, 8 hyperglycémiques de 1,04 à 1,43 o/oo. Le taux glycémique semble augmenter durant les périodes de rémission de la dermatose et s'abaisser pour revenir presque à la normale durant les poussées.

Furonculose : 42 cas, 13 hyperglycémiques variant de 1,10 à 1,30 o/oo. La furonculose chez les individus de plus de 50 ans s'accompagne toujours d'hyperglycémie, contrairement à ce qui advient dans la furonculose des jeunes.

La cure insulinique, expérimentée sur quelques-uns des malades, a donné de bons résultats dans quelques cas de psoriasis, d'eczémas par stase et d'ulcère variqueux. Ce fait, en même temps que la constatation d'améliorations évidentes et même de guérisons obtenues chez quelques eczémateux par la restriction des hydrates de carbone, permet de penser que, au moins dans certains cas, il peut y avoir un rapport entre l'hyperglycémie et les dermatoses.

BELGODERE.

Glandes germinales et pemphigus, par E. SCOLARI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 6, décembre 1929, p. 1507, 3 fig. Bibliographie.

Les relations certaines, bien qu'encore mal précisées, entre la peau et les glandes germinales, ont fait entrevoir la possibilité d'un lien pathogénique entre les altérations de ces organes et les affections cutanées bulleuses et, plus particulièrement, les diverses variétés de pemphigus. L'auteur passe en revue les diverses publications faites sur ce sujet, et il montre qu'elles ont abouti à des constatations assez contradictoires, puisque, notamment, on voit dans certaines observations les manifestations bulleuses apparaître à l'occasion de la menstruation, et, dans d'autres, au contraire, à l'occasion de l'aménorrhée. Les relations avec la grossesse ont donné aussi des résultats assez contradictoires. Mais le fait subsiste cependant de la coexistence d'altétions variables des glandes germinatives avec le pemphigus.

Suit l'exposé de six observations, dont quatre de pemphigus et deux de dermatite de Duhring, tous ces cas terminés par la mort et qui ont pu ainsi donner lieu à des recherches nécropsiques macro et microscopiques, dont le détail ne saurait se résumer.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1. Des observations recueillies dans la littérature et de celles rapportées par l'auteur, il résulte que l'apparition du pemphigus semble favorisée par les diverses phases de l'état puerpéral. On ne peut pas être aussi affirmatif sur le rôle étiologique des phénomènes menstruels, mais ceux-ci cependant paraissent bien exercer une influence sur les exacerbations des poussées bulleuses du pemphigus.

La suspension définitive des règles doit être considérée, non seulement comme l'expression de l'involution ovarique, due à la ménopause, mais aussi comme une des manifestations de l'involution sénile de tout l'organisme. Ainsi envisagée, elle acquiert une valeur comme cause prédisposante de la dermatose, qui apparaît en effet presque uniquement dans l'âge avancé.

2. Pour ce qui concerne la grossesse, la réduction fonctionnelle de l'ovaire qui l'accompagne ne peut aussi être considérée comme un facteur pathogénique. Comme pour la sénilité, cette réduction fonctionnelle n'est qu'une manifestation partielle d'un état général qui prédispose également à l'apparition du pemphigus, mais on ne peut pas actuellement établir d'une manière plus précise le lien pathogénique.

3. Certaines observations anatomo-pathologiques chez des sujets morts de pemphigus à un âge relativement jeune, ont montré l'existence de processus de sclérose très avancés des glandes germinales. Mais de pareilles lésions s'accompagnent d'altérations graves des autres glandes endocrines et des viscères, de sorte qu'il est difficile de leur attribuer un rôle étiologique et il est possible qu'il s'agisse d'altérations dues au pemphigus lui-même et à l'état cachectique qu'il entraîne. D'ailleurs, chez d'autres sujets, les glandes germinales ont été trouvées intactes. Dans un cas de dermatite de Duhring, l'auteur n'a pas pu relever davantage d'altérations testiculaires.

Enfin, l'auteur a essayé dans un autre cas de dermatite la rœntgencastration temporaire, qui a donné quelques succès à certains auteurs. Dans le cas expérimenté, le résultat a été nul.

Belgodere.

Observations cliniques sur un cas de leucémie lymphatique chronique avec manifestations cutanées étendues, par Agostino Ambrogio. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 6, décembre 1929, p. 1533.

Étude clinique d'un cas de leucémie lymphatique chronique, dans lequel, depuis le début de la maladie, se manifestèrent des accidents cutanés qui prédominaient sur les symptômes cliniques et hématiques. Homme de 48 ans, chez lequel l'affection, pendant plusieurs années, se présenta seulement sous l'aspect d'engorgements ganglionnaires localisés au cou, alors que les examens du sang ne révélaient rien d'anormal ; puis, plus tard, apparurent des crises prurigineuses intenses et des lésions cutanées diverses : bulles, nodosités, croûtes, pigmentations, infiltrations, lichénifications, etc. Puis, enfin, altérations sanguines.

Le malade a pu être suivi pendant plusieurs mois et a été soumis pendant ce temps à de multiples recherches hématologiques dont l'auteur fait un exposé très détaillé. Ce sont ces examens de laboratoire qui seuls ont permis un diagnostic précis, car les signes cliniques à eux seuls n'auraient pas permis de faire le diagnostic avec les formes voisines de mycosis fongoïde et de pseudo-leucémie. A. attache une

importance particulière, parmi les nombreuses recherches qu'il a effectuées, aux réactions de Winckler-Schultz des oxydases et des peroxydases, qui furent négatives chez son malade.

Ces oxydases et peroxydases sont des ferments qui favorisent la fixation d'oxygène et peuvent déterminer des réactions chromatiques. L'action de ces ferments est liée aux granulations, particulièrement aux granulations neutrophiles. Ces réactions sont négatives avec le sang des leucémies aiguës à cellules jeunes et indifférenciées (myéloblastes et leucoblastes) et avec le sang des leucémies myéloïdes lymphatiques ; elles sont au contraire positives dans les leucémies myéloïdes à cellules plus différenciées : leucémies myélocytiques et métamyélocytiques). La négativité de ces réactions permit donc d'affirmer le diagnostic de leucémie lymphatique.

Le malade fut soumis à la rœntgenthérapie, qui amena une notable amélioration clinique et un retour des formules hématiques presque à l'état normal. Mais, après quelques semaines d'interruption de ce traitement, on dut constater de nouveau un fléchissement léger des conditions cliniques et hématologiques. De sorte que l'auteur conclut que l'emploi thérapeutique des rayons X dans ce cas est à conseiller, puisqu'il permet d'obtenir une amélioration certaine. Mais il ne faut pas se faire d'illusion sur le résultat définitif : il s'agit d'améliorations temporaires et, tôt ou tard, la maladie poursuit sa marche implacable.

BELGODERE.

L'enquête radiologique dans les arthrites gonococciques. Observations de L. CATTANEO. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 6, décembre 1929, p. 1552, 74 fig. Bibliographie.

Après avoir rappelé les diverses classifications qui ont été proposées pour les formes diverses de l'arthrite gonococcique, les unes basées sur des caractères cliniques, les autres sur des caractères anatomopathologiques, C. s'étonne que jusqu'ici on ait un peu négligé d'attacher aux caractères radiologiques autant d'importance qu'il conviendrait. Ce n'est que depuis une période relativement récente que quelques auteurs ont cherché à combler cette lacune, notamment Mondor, dans son importante monographie. D'une manière générale, il est admis qu'au point de vue clinique, les lésions articulaires sont caractérisées : dans la *syphilis*, par des *néoformations* ; dans la *tuberculose*, par des *destructions* ; dans la *blennorragie*, par des *atrophies*.

C. a entrepris des recherches de contrôle en utilisant l'important matériel radiologique de la Clinique dermo-syphilopathique de Milan. Son mémoire est en effet illustré de rien moins que 74 reproductions radiographiques.

En s'aidant de ces documents radiographiques, il étudie successivement chacune des variétés de l'arthrite gonococcique, au triple point de vue clinique, anatomo-pathologique et radiologique.

De l'ensemble de toutes ces observations, se dégage cette constata-

tion qu'il n'est pas possible de faire, en se basant sur la radiologie, une classification qui réponde à la classification clinique.

Les lésions observées peuvent, d'après les résultats de l'examen aux rayons, se diviser en trois groupes :

Exsudatives : interligne articulaire très élargi ; écartement des parties osseuses plus ou moins accentué selon les articulations envisagées. Il peut y avoir aussi coexistence d'altérations des cartilages et usure des contours osseux qui deviennent flous. Dans quelques cas, il peut y avoir une réaction de la part du périoste, avec petites périostites.

Phlegmoneuses : on observe un début de déminéralisation diffuse, à allure aiguë ou subaiguë. Les lésions des cartilages deviennent très évidentes, les parties molles participent au processus par un œdème accentué et présentent des ombres plus ou moins marquées. Le liquide des synoviales est plus ou moins floconneux au point de donner lieu à des marbrures brunâtres dans les interlignes articulaires.

Induratives : l'altération qui prédomine est la décalcification aiguë, avec aspect confus de l'architecture osseuse. Cette décalcification peut être diffuse ou localisée. Il coexiste une notable altération des cartilages, allant de la simple érosion à la destruction, et ces lésions aboutissent presque toujours à l'ankylose. On peut observer d'importantes déformations causées par la rétraction des tissus péri-articulaires.

Dans l'ensemble, le fait prédominant est donc la *décalcification*. Mais, de toutes les observations faites, l'auteur n'a pu tirer aucune donnée qui puisse être considérée comme particulière à l'arthrite gonococcique. Celle-ci ne peut être diagnostiquée par les seules données radiologiques ; l'association des anamnestiques et des signes de laboratoire est nécessaire. En effet, les images radiologiques des complications articulaires gonococciques reproduisent des lésions qui se rencontrent aussi dans les altérations causées par la syphilis, par la tuberculose, par l'uricémie. BELGODERE.

La réaction de Wassermann chez les sujets soumis à l'administration de préparations digitaliques (Contribution à la connaissance de la spécificité de la réaction), par Valerio NICOLETTI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 6, décembre 1929, p. 1585. Bibliographie.

Après des considérations générales sur l'ignorance dans laquelle nous sommes quant au mécanisme intime et à la nature de la réaction de Wassermann et sur l'importance par suite des recherches qui tendent à en délimiter plus exactement la spécificité, l'auteur examine et discute les résultats obtenus par quelques expérimentateurs et notamment par K. Bauer qui ont vu des réactions de Bordet-Wassermann négatives devenir positives chez des sujets à qui on administrait des préparations digitaliques et K. Bauer attribue ces résultats à des modifications de l'état colloïdal du sérum sous l'influence de la digitale.

Bauer a obtenu de semblables modifications sur 16 sujets, mais ce qu'il omet de dire, c'est le nombre total des cas par lui examinés,

c'est-à-dire le *pourcentage* des résultats qu'il a ainsi obtenus. Ce détail a pourtant son importance, car s'il y a eu par exemple 10.000 malades soumis à l'examen, le chiffre de 16 rentre dans l'ordre des proportions de cas de syphilis ignorées dans lesquelles il est bien connu que la réaction est sujette à des oscillations.

N. a entrepris des recherches personnelles dans le but de contrôler les résultats annoncés par K. Bauer.

Il a soumis à un traitement digitalique 42 sujets à réaction négative : chez aucun d'eux, il n'a vu se produire une réaction de Bordet-Wassermann aspécifiquement positive.

Même en faisant des expériences *in vitro*, c'est-à-dire en ajoutant des préparations digitaliques à des sérums humains Wassermann positifs ou Wassermann négatifs, il n'a pu constater la moindre influence de ces préparations sur la réaction.

Il considère donc que les affirmations de Bauer ne peuvent être acceptées et il discute et explique les raisons de ces discordances entre les résultats du sérologiste allemand et les siens.

BELGODERE.

Les maladies vénériennes et la syphilis à Milan de 1914 à 1928, par L. CATTANEO. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 6, décembre 1929, p. 1601.

Des chiffres, des pourcentages, des statistiques, des diagrammes, matière peu compressible et difficile à condenser. Du reste, comme le fait remarquer justement l'auteur, il est très difficile d'évaluer avec précision les évolutions de la syphilis et des maladies vénériennes en général, et encore plus de les expliquer : si l'on compare les statistiques faites dans les divers pays, on voit expliquer par la même cause ici une augmentation, là une diminution des cas de syphilis (Note du commentateur : en particulier, les statistiques officielles doivent être considérées comme fausses ; elles accusent en France une augmentation fictive de la syphilis. Elles sont viciées par le fait que le mot d'ordre est de donner des soins à quiconque dans les consultations hospitalières, de sorte que, dans ces dernières années, la clientèle de ces consultations s'est trouvée grossie d'une foule de malades qui, auparavant, auraient été se faire traiter par des médecins en ville). Le travail de C. est basé sur les données statistiques publiées dans le *Bulletin de la Ville de Milan* et les comptes rendus de l'Ospedale Maggiore, siège de la Clinique Universitaire Dermo-Syphilopathique et des Dispensaires celtiques. Quatorze tableaux montrent le nombre et la distribution des affections, l'organisation de l'Assistance et quels en sont les frais.

De ces diagrammes, il apparaît que la syphilis a atteint son point culminant en 1920-21 et que, dans ces dernières années, elle a notablement diminué jusqu'en 1924 ; depuis ce moment, on a constaté une nouvelle augmentation. La blennorragie a eu son acmé en 1920-21 et elle a diminué jusqu'en 1924, pour présenter depuis une nouvelle

diffusion. Le chancre mou a eu son maximum de cas en 1919, et depuis ce moment, il est en continuelle régression ; c'est ainsi qu'en 1928, pendant plusieurs mois, à la Clinique Dermo-Syphilopathique de l'Université, on n'a pas constaté un seul chancre mou, alors qu'il en avait été traité 500 en 1919. La diminution a été telle, qu'il a fallu interrompre les recherches sur l'immunité et la préparation des vaccins. BELGODERE.

Aperçus sur la circulation capillaire cutanée (Leçon faite au Cours de spécialité de dermatologie), par M. COMEL. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* fasc. 6, décembre 1929, p. 1626.

C'est la suite des leçons dont plusieurs ont été déjà analysées ici. L'auteur étudie dans celle-ci les problèmes complexes et souvent obscurs qui ont trait à la physiologie des vaisseaux capillaires. Il insiste sur l'importance de ce sujet, car les capillaires représentent cette portion du système circulatoire à laquelle est dévolu l'échange, entre le sang et les tissus, de matériaux nutritifs et de matériaux de déchet. Ils représentent, suivant l'expression de Stern, la *barrière histio-hématique.*

Étude morphologique du système des capillaires cutanés. Particularité spéciale à la peau : les capillaires ne s'y rencontrent que dans les papilles ; sur les autres parties de la peau, c'est à travers la paroi très mince des veinules que se font les échanges. La surface d'échange est, dans la peau, très inférieure à ce qu'elle est dans les muscles. L'étude microscopique de la circulation des capillaires a permis de constater qu'ils possèdent des mouvements d'ouverture et de fermeture, selon les besoins des tissus. Discussion sur le mécanisme de ces mouvements. Opinion ancienne : la paroi des capillaires est passive et ne subit que le contre-coup des contractions et des dilatations des artérioles précapillaires. Opinion nouvelle : les parois des capillaires sont douées de contractilité.

Mécanisme de la contractilité capillaire : il est dû à la contraction des cellules de Rouget.

Action du système nerveux : disposition des fibres nerveuses autour du tube capillaire ; ces fibres paraissent se terminer dans les noyaux des cellules de Rouget. Ce sont des fibres amyéliniques, qui proviennent du sympathique et ont une action *vaso-constrictive.* Les capillaires possèdent aussi une innervation *dilatatrice,* et cette action est due à l'excitation des racines postérieures ; c'est à une semblable excitation que sont dues par exemple, les altérations de la peau qui s'observent dans l'*herpès zoster.*

Étude des modifications de la circulation capillaire cutanée sous l'influence des excitations portées sur la peau : réaction de l'érythème réflexe, réflexe physico-vaso-moteur, action du chaud et du froid, action de la lumière, action des excitations mécaniques, réaction *paradoxale* des capillaires qui se contractent par l'afflux du sang veineux (méthode de Bier), réaction capillaire de la pâleur hémorragique, rôle des capil-

laires dans la *constitution vaso-neurotique* (spasmes capillaires, maladie de Raynaud), déterminisme de l'urticaire.

Stimulants chimiques qui peuvent exercer une action sur les capillaires. Leur classification par Heubner en *toxiques inflammatoires* et *toxiques capillaires proprement dits*. Action de l'histamine, action de la concentration en hydrogénions, action de l'adrénaline, importance de l'hypophyse dans le fonctionnement des capillaires.

Par quel mécanisme se fait l'échange des matériaux (gaz, eau, sels, cristalloïdes, colloïdes) entre le sang et les tissus.

Pour ce qui concerne les gaz, comme l'oxygène, Krogh estime que le passage de l'O se fait par diffusion à travers la paroi du capillaire, suivant les lois physiques. Durant le travail musculaire, un grand nombre de capillaires s'ouvrent et leur nombre dépasse de beaucoup les besoins du muscle en oxygène.

Pour l'échange des cristalloïdes, Krogh n'admet pas qu'il y ait une fonction sécrétrice de l'endothélium capillaire ; leur sécrétion appartiendrait exclusivement aux glandes et elle pénétrerait dans les vaisseaux capillaires par perméabilité de leur paroi.

Pour les colloïdes, les parois des capillaires sont imperméables.

Mécanisme de la formation des œdèmes. Rôle de la pression dans les capillaires, procédés de mesure, résultats.

Il est impossible de donner une véritable analyse de cette étude de phénomènes physiologiques complexes, dont ce plan détaillé se propose seulement de donner une vue générale. BELGODERE.

Il Dermosifiligrafo (Turin).

Remarques clinico-statistiques sur les infections syphilitiques observées pendant l'année écoulée, par le Professeur CAPPELLI. *Il Dermosifiligrafo*, janvier 1930, p. 1, 12 fig.

Une constatation à peu près unanime dans tous les pays, c'est la diminution très accentuée des cas de syphilis, à tel point que l'enseignement des cliniques universitaires s'en est trouvé parfois un peu entravé et qu'on a pu craindre un abaissement de la valeur professionnelle de la spécialité. Mais cependant, plus récemment, des recrudescences ont été constatées et signalées, notamment en France, par Jeanselme à l'Académie de Médecine. (Note du commentateur : cette augmentation des cas de syphilis à l'hôpital a eu pour contre-partie une diminution certaine des cas de syphilis dans le cabinet des praticiens ; elle est due uniquement à la propagande intensive qui a été faite pour engager le public à aller se faire traiter à l'hôpital). Des recrudescences analogues ont été observées dans quelques villes d'Italie (Pise, Livourne) et C. à la Clinique Dermo-Syphilopathique de l'Université de Florence a observé ainsi une « poussée » dans le second semestre de 1928, où le nombre des accidents primaires a dépassé celui des statistiques de

toutes les années précédentes. L'enquête qui fut faite à ce propos semble avoir établi la source principale de cette recrudescence due à deux prostituées syphilitiques qui avaient réussi à échapper aux contrôles. C. énumère les divers types cliniques de syphilis qui ont été observés durant cette période et constate que non seulement le nombre des cas a été plus grand, mais que ces cas ont fréquemment présenté des allures malignes (ictères, accidents cutanés érythémateux, etc.). Il estime qu'il y a disproportion entre le nombre des cas constatés de contagion nouvelle (67) et le cas des deux femmes signalées et il attire l'attention sur le danger des syphilis à manifestations discrètes et des syphilis asymptomatiques, avec Bordet-Wassermann positif, ou même avec Bordet-Wassermann négatif. Il fait observer que toujours, et même dans les temps anciens, il était connu que la syphilis est sujette à des exaltations régionales et temporaires.

Comment expliquer de telles augmentations de virulence ? C. rappelle les opinions émises par Bernard, par Déjardin sur l'inopportunité des traitements précoces de la syphilis, qui entravent le développement dans l'organisme des réactions immunitaires. Il fait remarquer que, à l'heure actuelle, si les manifestations cutanées de la syphilis ont été en s'atténuant de plus en plus depuis l'introduction de nouvelles méthodes thérapeutiques, par contre, les cas de syphilis viscérale et nerveuse ont augmenté, ce qui pourrait s'expliquer ainsi que le veut Bernard, par le fait que les tréponèmes ont été refoulés dans leurs secondes lignes de défense, où ils se sont retranchés. On s'est ainsi demandé s'il ne serait pas préférable de laisser la maladie évoluer sans aucun traitement pendant un certain temps pour permettre à l'organisme de mettre en œuvre spontanément tous ses moyens de défense.

C. inclinerait à adopter ces conceptions, et il pense qu'il peut se développer des souches de tréponèmes, non seulement arséno-résistantes, mais aussi moins « humanisées », moins influencées par l'action des anticorps, par suite plus virulentes, et ainsi s'expliqueraient les recrudescences soudaines de syphilis, non seulement quantitatives, mais aussi qualitatives, où l'on ne voit pas seulement le nombre des cas augmenter, mais aussi leur malignité.

De sorte qu'il ne faut pas trop se laisser entraîner aux illusions, ni trop s'enthousiasmer pour des méthodes plus mathématiques que cliniques qui ont l'inconvénient de fausser l'éducation thérapeutique des malades et de les endormir par les apparences trompeuses d'une fausse sécurité.

BELGODERE.

Sur le comportement du sérum sanguin et du liquide de vésicatoire de l'homme « in vitro » et « in vivo » en présence d'arsénobenzol, par Spartaco TORRIANO. *Il Dermosifiligrafo*, janvier 1930, p. 24. Bibliographie.

En 1911, Michaelis a émis l'hypothèse que les accidents consécutifs aux injections arsénobenzoliques étaient occasionnés par des précipitations qui se produiraient dans le plasma sanguin. Cette hypothèse

a été favorablement accueillie et divers auteurs ont institué des expériences qui semblaient la confirmer. La question a été particulièrement approfondie en Italie par Crosti, qui a constaté, en ajoutant à une quantité donnée de sérum une quantité égale de solution de néojacol à 1 o/o, qu'il se produisait, soit une réaction zonale au contact des deux liquides, soit, si l'on mélangeait ces deux liquides, un trouble du mélange qui s'accentuait par la suite. Crosti a cherché également à déterminer s'il existait un rapport entre l'intensité de la floculation et les phénomènes d'intolérance. Le problème, on le conçoit, ne présente pas seulement un intérêt théorique, mais aussi une haute importance pratique. Les expériences de Crosti et de divers autres chercheurs ont paru apporter une confirmation à ces vues théoriques.

Mais, comme le fait remarquer T., il est téméraire de tirer d'expériences *in vitro*, des déductions trop affirmatives, parce que les conditions de l'expérience sont trop différentes de celles du mélange *in vivo*. Aussi, T. a-t-il entrepris des recherches de contrôle, qui ont porté, non seulement sur le sérum sanguin, mais aussi sur le liquide de bulles de vésicatoire, dont la composition se rapproche davantage de celle du plasma sanguin.

Voici quelles sont les conclusions de ces recherches :

1. Il existe *in vitro*, un parallélisme entre le comportement du sérum sanguin et celui du liquide des bulles, au point de vue du phénomène de la floculation avec les arsénobenzols ; cependant, dans la majorité des cas, cette propriété atteint un degré légèrement plus élevé dans le liquide de vésicatoire.

2. Il ne semble pas y avoir de rapport entre la floculation et la toxicité du médicament, qu'il s'agisse de sujets syphilitiques ou non.

3. La réaction qui se produit dans la cavité de la bulle, tend constamment à la formation d'un floculat, ordinairement abondant, tout à fait indépendant de la toxicité ou non des arsénobenzols.

4. Le comportement différent du sérum du sang et du liquide de vésicatoire *in vivo* donne corps à l'hypothèse que, dans toutes ces réactions plus que la toxicité du remède, entrent en jeu des différences dans les propriétés des liquides examinés.

5. Ces réactions ne peuvent donc en aucune manière servir à différencier les séries toxiques des atoxiques.

Belgodere.

Acta Dermatologica (Kyoto).

Sur la kératodermie tylosique palmaire progressive (Ueber die keratodermia tylo des palmaris progressiva), par T. Mukai et S. Shibata. *Acta Dermatologica* (Kyoto), t. XIV, F. 6 décembre 1929, p. 653.

La maladie ci-dessus décrite par Dohi et Myake est fréquente au Japon (20 cas personnels). Elle est particulièrement répandue chez les femmes, débute sur le bord droit de l'extrémité des doigts, particu-

lièrement du pouce, quand il s'agit de la main droite, sur le bord gauche, à la main gauche. Elle est associée à de la sécheresse, desquamation, rhagades, etc., de la face palmaire des doigts et de la main. Il n'y a ni vésicules, ni pustules, ni nodules, ni croûtes, rarement les deux mains sont atteintes. Les ongles et tout le reste de la peau sont respectés. Point de prurit. Pas d'hérédité. Deux fois sur 14, les extraits ovariens ont amené une amélioration considérable. La radiothérapie est toujours infructueuse, ce qui est un des caractères de la maladie. CH. AUDRY.

Un cas de cancer du pénis survenu 4 ans après l'excision d'une maladie de Paget (Ein Fall von Carcinoma penis, entstanden 4 Jahre nach Resektion wegen Pagetscher Krankheit), par S. YOSHIDA et T. FUNABASHI. *Acta Dermatologica* (Kioto), t. XV, F. 1, janvier 1930, p. 68 (d'après un résumé en allemand), 5 fig

Un homme de 54 ans a remarqué 9 ans plus tôt, après une circoncision, sur le côté droit du sillon balanique, une érosion non douloureuse de la dimension d'un pois. Ultérieurement, la lésion devint grosse comme le pouce et un peu sensible. Radium et radiothérapie, salvarsan, restèrent infructueux. Il y a 4 ans, on fit une biopsie qui révéla l'existence d'une maladie de Paget bien caractérisée. Extirpation totale suivie de guérison rapide. En novembre 1929, 4 ans donc après l'excision précitée, tumeur papillomateuse avec infiltration, grosse comme le pouce, occupant le gland. Amputation du pénis ; au microscope : structure caractéristique d'un cancer épithélial (épithélioma lobulé, d'après la planche histo-photographique).

CH. AUDRY.

Vratchébnoé Délo (Kharkov).

La valeur diagnostique de la réaction de Bordet-Gengou dans la blennorragie chez la femme et l'enfant, par R. A. KARICHEWA. *Vratchébnoé Délo,* n° 1, 15 janvier 1930, pp. 32-36.

Se basant sur les données bibliographiques et des observations personnelles prolongées ayant porté sur 450 malades, femmes et enfants, l'auteur formule les conclusions que voici : la réaction de Bordet-Gengou pratiquée au cours de la blennorragie est, sans doute, spécifique. Elle est négative chez les sujets sains et non blennorragiques. En cas de blennorragie aiguë, la réaction de Bordet-Gengou est négative au cours de 3 à 6 semaines à partir du début ; après cette date, elle n'est positive que dans 32 o/o des cas. Dans les uréthrites aiguës, la réaction est, pour la plupart des cas, négative ; dans les uréthrites chroniques, elle est négative dans 83 o/o des cas. La réaction est positive dans 67 o/o des blennorragies subaiguës non compliquées et dans 76 o/o des blennorragies subaiguës compliquées. En cas de blennorragie chronique non compliquée, la réaction est positive dans 70 o/o des

cas, dans 92 o/o, s'il y a complication et dans 100 o/o, s'il y a arthrite ou septicémie. Au cours des vulvo-vaginites aiguës chez les enfants, la réaction est toujours négative ; en cas de chronicité (surtout avec cervicite chez des fillettes plus âgées), la réaction est positive dans 70 o/o des cas. Les formes torpides, ainsi que la blennorragie chez les personnes anémiques, affaiblies, et souffrant de diathèses constitutionnelles, montrent le plus souvent une réaction négative. La réaction de Bordet-Gengou s'éteint de 2 à 4 mois après la guérison. Une réaction irréductible, rebelle et durable doit faire soupçonner la présence d'un foyer de gonocoques vivants. Les localisations éteintes, à gonocoques virulents, renfermant des adhérences fibreuses, fournissent une réaction de Bordet-Gengou négative. La vaccinothérapie renforce le résultat positif de la réaction. La technique de la réaction est simple à première vue, mais elle est très délicate en réalité. Pour l'effectuer correctement, on doit avoir des antigènes polyvalents bien titrés. La sensibilité et la précision de la réaction sont en rapport avec la bonne qualité des antigènes. BERMANN.

Contribution à l'étude de la syphilis traumatique, par E. S. ORÉTCHKINE et B. J. BEZPROZWANNAÏA. *Vratchébnoé Délo*, no 2, 31 janvier 1930, pp. 109-112.

Après une revue bibliographique et critique de la question, les auteurs rapportent leurs observations personnelles de syphilis traumatique, relatives à 11 femmes, dont 9 ignoraient totalement leur syphilis qui ne fut réveillée qu'à la suite d'un traumatisme avant lequel l'affection restait latente. Dans deux cas, la syphilis traumatique a fait son apparition après des traumatismes légers, mais répétés. Dans un cas, il s'agissait d'une blanchisseuse qui traumatisait systématiquement le dos des mains où est apparue une ostéopériostite spécifique. Dans l'autre cas, il s'agissait d'une couturière qui traumatisait continuellement, en travaillant à la machine à coudre, son genou droit où sont apparues deux gommes syphilitiques.

La pathogénie de la syphilis traumatique n'est pas encore complètement éclaircie. Parmi les hypothèses proposées, celle de Clément Simon reste la meilleure. D'après cette théorie, le traumatisme ne joue un rôle provocateur dans l'éclosion des accidents syphilitiques que s'il frappe la région renfermant un foyer latent de spirochètes saprophytes. Cette hypothèse explique, d'un côté, la rareté relative de la syphilis traumatique, d'un autre côté, elle explique également l'éclosion des accidents dans un endroit unique, malgré des traumatismes multiples portés à d'autres régions. Pour les cas où le traumatisme est antérieur à l'infection syphilitique et où apparaissent plus tard dans la région traumatisée les manifestations spécifiques, Clément Simon applique la théorie du *locus minoris resistentiæ*.

BERMANN.

L'action du bismuth sur le système nerveux, par M. E. Sobol et Z. J. Swetnik. *Vratchébnoé Délo*, n° 2, 31 janvier 1930, pp. 113-117.

Les données bibliographiques et expérimentales des auteurs qui ont pratiqué des injections d'émulsion à 10 o/o de sous-gallate de bismuth (dermatol) à 3 lapins, leur permettent de conclure ainsi : Les sels insolubles de bismuth injectés intramusculairement sont bien supportés par les lapins aux doses quotidiennes de 0 gr. 02 de bismuth métallique par kilogramme de poids et cela pendant 2-3 mois. Le bismuth métallique n'est pas un poison parenchymateux du système nerveux central. L'intoxication chronique par les produits bismuthiques insolubles produit des lésions intenses des vaisseaux cérébraux, des méninges et des plexus sans lésions concomitantes de la substance cérébrale. La rupture de l'intégrité de la barrière hémato-encéphalique au cours de l'intoxication par les métaux lourds n'entraîne pas forcément des modifications parenchymateuses. Les processus dégénératifs des parois vasculaires peuvent assurément évoluer d'une manière isolée des processus dégénératifs de la substance cérébrale. Les complications nerveuses pouvant parfois être observées au cours de l'introduction prolongée des produits bismuthiques doivent être mises au compte des altérations secondaires, et non primaires, des fonctions cérébrales.

Bermann.

L'image du sang au cours de l'intoxication expérimentale par les composés du bismuth. Changements des propriétés physico-chimiques, par B. S. Bourmann et J. E. Palia. *Vratchébnoé Délo*, n° 2, 31 janvier 1930, pp. 118-120.

Les auteurs ont pratiqué à des lapins des injections intramusculaires des émulsions à 2 o/o et à 5 o/o de xéroforme (bismuth tribromophénolique) et de dermatol (sous-gallate de bismuth) et ont étudié les modifications des propriétés physico-chimiques du sang au cours de l'intoxication chronique et aiguë chez ces animaux d'expérience. Leurs conclusions se résument ainsi : Les propriétés physico-chimiques du sang subissent des altérations prononcées au cours de l'intoxication, tant chronique qu'aiguë, par les préparations bismuthiques. L'intoxication chronique par le xéroforme entraîne une chute du poids spécifique, un ralentissement de la réaction de précipitation des globules rouges, un abaissement de leur stabilité envers les solutions hypotoniques et la diminution du degré de viscosité du sang. En cas d'intoxication chronique par le dermatol, l'on note les mêmes phénomènes, sauf que le poids spécifique ne change pas. L'intoxication aiguë par les produits bismuthés (xéroforme et dermatol) provoque des altérations des propriétés physico-chimiques du sang identiques à celles de l'intoxication chronique sauf que la viscosité sanguine qui reste inchangée, et la stabilité des érythrocytes envers les solutions hypotoniques qui ne change que par rapport de la diminution de la résistance maximale. Comparés entre eux, le xéroforme provoque des modifications plus intenses des pro-

priétés physico-chimiques du sang, que le dermatol. Il serait bien intéressant et utile de vérifier les changements des propriétés physico-chimiques du sang sur les malades syphilitiques traités par le bismuth.

BERMANN.

Vratchébnaïa Gazéta (*Leningrad*).

La syphilis du poumon au cours de la paralysie générale progressive, par W. E. MACAROFF. *Vratchébnaïa Gazéta*, nº 1, 15 janvier 1930, pp. 17-22.

Tout d'abord, se basant sur la bibliographie, l'auteur montre que la syphilis pulmonaire se développe aux périodes tardives de la syphilis et qu'elle s'accompagne des manifestations du côté du système nerveux central, du foie et de l'aorte.

Ensuite, l'auteur décrit deux cas personnels de syphilis pulmonaire chez deux hommes âgés de 39 et de 40 ans, tous deux comptables; atteints de paralysie générale. Ils présentent des symptômes que les thérapeutes considèrent comme étant de la tuberculose pulmonaire (fièvre le soir, sueurs nocturnes, toux, expectoration, hémoptysie, amaigrissement, faiblesse, etc.), mais les recherches des bacilles de la tuberculose ont toujours été négatives. Les traitements employés n'ont guère amélioré les malades. Le Bordet-Wassermann est positif dans les deux cas. Un traitement mixte par le bismuth et l'iodure de potassium, suivi de malariathérapie, améliore l'état pulmonaire et nerveux des malades.

L'auteur conclut que la syphilis du poumon est un signe de processus disséminé syphilitique tardif, car la paralysie générale en est un. La paralysie générale est un syndrome d'insuffisance immunogène tardive et générale des organes non sensibles résultant de l'action chronique de l'infection syphilitique et de l'influence prédisposante des causes exo- et endogènes. La syphilis pulmonaire, hépatique et musculaire, en l'absence des symptômes de paralysie générale doit être considérée comme syndrome pronostic prévenant de la possibilité d'invasion de la paralysie générale.

BERMANN.

Sur le traitement de la paralysie générale progressive par les injections de soufre, par Z. I. ISRAELOVITCH. *Vratchébnaïa Gazéta*, nº 1, 15 janvier 1930, pp. 22-24.

La difficulté de se procurer la souche paludéenne et de la conserver, ainsi que certains dangers de son mode d'emploi chez les paralytiques généraux ont fait chercher d'autres agents pyrétogènes. Le traitement de la paralysie générale par les injections soufrées a été introduit récemment par Schrœder qui en vante les résultats.

L'auteur a appliqué les injections soufrées dans 12 cas de paralysie générale. Or, il a employé le soufre précipité en émulsion à 1 o/o dans l'huile d'olive ou d'amande, sans addition de quinosol difficile à trouver. Les injections intrafessières se faisaient tous les deux jours

la dose de début étant de 1 centimètre cube. L'ascension thermique maxima est atteinte au bout de 6 à 8 heures et l'on observe une température normale déjà au bout de 2 à 3 heures, sauf, naturellement, des variations individuelles.

Sur 4 malades à la période de début, il n'y eut qu'un cas de rémission, les 3 autres n'ayant pas changé. Sur les 8 autres malades plus avancés, c'est aussi seulement un cas qui s'est légèrement amélioré, tous les autres restant stationnaires. Après les injections soufrées, l'on procédait habituellement au traitement spécifique. L'auteur note l'accoutumance aux doses qui doivent toujours être augmentées, ce qui n'est pas commode, vu les douleurs locales. Le traitement dure 1 mois 1/2 environ et affaiblit les malades déjà épuisés sans cela. L'auteur préconise de se servir, dans la paralysie générale de la malariathérapie dont les résultats dépassent ceux des injections soufrées.

BERMANN.

Sur le traitement de la paralysie progressive par le soufre, par M. A. DRABKINA. *Vratchébnaïa Gazéta*, n° 1, 15 janvier 1930, pp. 24-28.

Après quelques considérations sur le traitement pyrétogène par le soufre des paralytiques généraux, l'auteur rapporte ses observations personnelles relatives à 7 cas. La technique de Schrœder qui a introduit les injections de soufre, fut rigoureusement observée. L'auteur s'est servi d'une émulsion de soufre précipité à 1 o/o dans de l'huile croissantes (de 1 à 10 centimètres cubes), tous les deux jours. La cure consiste en 10-25 piqûres. Sur 7 malades, l'auteur a obtenu 2 rémissions durables. Les injections sont douloureuses et laissent des indurations locales, mais qui disparaissent au bout de quelques jours. Les symptômes que les injections soufrées améliorent sont les suivantes : état somatique (augmentation de poids), la dysarthrie, le tremblement ; dans un cas, les réactions albumineuses du liquide céphalorachidien ont été améliorées. Or, le traitement n'a pas modifié la réaction de Bordet-Wassermann chez les malades. Il n'y a pas de rapport entre la dose injectée et l'ascension thermique. Les courbes thermiques appartiennent principalement à deux types : l'une dure 24 heures avec un maximum dépassant 40° et rappelle celle de la malariathérapie, la seconde dure 48 heures avec un maximum moins élevé. Se basant sur ses observations personnelles, l'auteur conclut aux résultats favorables de la méthode de Schrœder et la préconise dans les cas où il est impossible d'instituer un autre mode de traitement. BERMANN.

Contribution au traitement pyrétogène du tabès dorsalis, par W. B. BERSON, A. K. JACOUBSON et L. N. PODWALNY. *Vratchébnaïa Gazéta*, n° 1, 15 janvier 1930, pp. 28-34.

En parcourant la bibliographie, les auteurs constatent que le traitement pyrétogène du tabès est beaucoup moins étudié que celui de la paralysie générale. A part la malaria et le typhus récurrent, on a

employé des préparations pyrétogènes spéciales, telles que le « saprovitan » (culture de saprophytes vivants) et le « pyrifère » (albumine bactérienne du coli-bacille du lait) ; ces deux agents s'emploient en injections intraveineuses, 12-14 par cure.

Les auteurs ont traité 18 cas de tabès et 3 cas de tabo-paralysie (20 hommes et 1 femme) observés de 6 mois à 2 ans. Dans 9 cas, (8 tabès et 1 tabo-paralysie), ils ont appliqué la malariathérapie, dans 12 cas, le « pyrifère ». La malariathérapie a fait disparaître les douleurs fulgurantes, l'hyperesthésie, l'incontinence des urines. Dans un cas de tabo-paralysie, on a noté la disparition de l'anisocorie et le rétablissement de la réaction à la lumière et des réflexes patellaires.

Dans 12 autres cas (10 tabès et 2 tabo-paralysies), traités par le « pyrifère », les auteurs notent une amélioration de l'état général et la disparition de symptômes variés. Le « pyrifère » est, en général, bien supporté.

Sur 21 cas traités, les auteurs notent en moyenne 11 cas d'amélioration (4 après le paludisme et 7 après le pyrifère) dont 2 ont récidivé au bout de 1/2-1 an. C'est le traitement par le pyrifère que les auteurs préfèrent dans le tabès, car il est bien supporté, on peut régler ses doses et ses dates d'injection, ce qui est impossible avec l'inoculation de la malaria. BERMANN.

Contribution à l'étude de la syphilis de l'estomac, par W. M. CHAVÉRINE. *Vratchébnaïa Gazéta*, n° 1, 15 janvier 1930, pp. 35-39.

L'auteur a observé 6 cas de syphilis de l'estomac, dont 3 comportent un grand intérêt. Les 2 premiers se rapportent aux formes pseudo-cancéreuses des auteurs français, le troisième a pu être confondu avec l'ulcère de l'estomac. Les voici brièvement :

I. — Un charpentier de 45 ans, marié et niant la syphilis, présente depuis 4 ans des symptômes gastriques (anorexie, vomissements, douleurs épigastriques, amaigrissement). L'examen du malade, clinique, radiologique et de laboratoire, laisse supposer un cancer de l'estomac. L'opération montre des excroissances en grappe de la muqueuse. Au cours de la période post-opératoire, ptose palpébrale et symptômes bulbaires. Un neuropathologiste diagnostique un tabès dorsalis. Bordet-Wassermann très positif. La structure de la tumeur excisée est celle d'un granulome syphilitique. Le traitement spécifique guérit le malade.

II. — Un serrurier de 48 ans, marié, se plaint depuis 10 ans de faiblesse générale, d'amaigrissement et de diarrhées profuses. Il a été soigné sans succès pour catarrhe gastrique chronique, pour achylie, etc. Malgré une dilatation cardiaque, une aortite et un Bordet-Wassermann très positif, on pense à un cancer de l'estomac et on opère le malade. L'opération ne décèle aucune lésion stomacale. Ultérieurement l'anamnèse fait découvrir une ancienne syphilis mal soignée, une anisocorie, une réaction paresseuse à la lumière. Le traitement spécifique guérit le malade.

III. — Un poêlier de 41 ans, marié, se plaint depuis 9 ans de symptômes gastriques (douleurs après les repas, brûlures), amaigrissement et affaiblissement. Les crises douloureuses ont fait poser le diagnostic d'ulcère de l'estomac. L'anamnèse révèle une ancienne syphilis mal soignée. Un neuropathologiste trouve une syphilis cérébro-spinale. Bordet-Wassermann très positif. Le traitement spécifique guérit le malade. Il est intéressant de noter que l'affection du malade fut compliquée d'une ectopie du rein droit qui a simulé une appendicite. On sentait une tumeur légèrement douloureuse dans la région iliaque droite, sans rapport avec l'intestin et qui ne s'est pas modifiée par les cures spécifiques.

L'auteur conclut à la nécessité d'une collaboration étroite du thérapeute et du neuropathologiste. La présence des symptômes précoces de neuro-syphilis contribuera au diagnostic de l'affection gastrique. Chez tout malade de l'estomac, on doit attentivement examiner les pupilles afin de ne pas laisser passer inaperçue une gastro-syphilis.

BERMANN.

Moscowsky Medizinsky Journal (Moscou).

Contribution à la pathogénie et à l'anatomie pathologique du lupus érythémateux aigu, par S. S. WAÏLE. *Moscowsky Medizinsky Journal*, n°s 11-12, novembre-décembre 1929, pp. 1-9.

Après quelques considérations d'ordre général, l'auteur décrit deux cas personnels de lupus érythémateux aigu.

I. — Il s'agit d'un charpentier de 34 ans, atteint de lupus érythémateux disséminé. L'affection a commencé à la face, il y a 11 mois, puis s'est généralisée à tout le tégument cutané. Après avoir vu, il y a 4 mois, sa maladie s'accompagner de fièvre et de mauvais état général, le malade fut admis dans divers hôpitaux. L'auteur l'a observé dans sa clinique durant 7 semaines, le malade mourut de faiblesse générale.

L'autopsie montre des taches lupiques disséminées et une série de lésions tuberculeuses des organes internes. On trouve des nodules jaune-gris au poumon, à la rate, au foie, aux reins. Tous les ganglions lymphatiques sont augmentés et indurés. L'intestin montre des ulcérations et des nodules jaune clair. L'histologie confirme le caractère tuberculeux des lésions constatées. Les ganglions de Gasser sont en état de sclérose.

II. — Une paysanne de 17 ans, atteinte de lupus érythémateux depuis 3 ans, a vu brusquement son affection s'aggraver. Elle meurt de faiblesse générale 3 semaines après son entrée à la clinique. A part des lésions de lupus érythémateux aigu, on trouve à l'autopsie une augmentation de volume des ganglions lymphatiques, leur induration, une injection de la pie-mère, des lésions pulmonaires, pleurales à caractère purulent (strepto- et staphylococciques). Les frottis des ganglions montrent des bacilles de la tuberculose. Les ganglions intervertébraux et de

Gasser sont sclérosés, il y a dedans des cellules naines ; les cellules renferment une grande quantité de lipofuscine.

L'auteur conclut que le développement du lupus érythémateux aigu se trouve moins en rapport avec l'agent qu'avec le mécanisme par lequel cet agent (d'origine variée, il est possible) agit sur l'organisme. Le rôle dominant est joué par une sensibilité élevée du système nerveux, plus vulnérable par l'agent infectieux et entraînant les lésions décrites. BERMANN.

Roussky Vestnik Dermatologuii (Moscou).

Contribution à la clinique de la maladie de Fox-Fordyce, par A. M. TYJNENKO. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VII, nos 9-10. novembre-décembre 1929, pp. 898-906.

Après une étude générale sur la maladie de Fox-Fordyce, l'auteur décrit un cas observé personnellement.

Il s'agit d'une jeune femme juive, âgée de 22 ans, issue d'une famille bien portante et n'ayant pas de maladie antérieure grave. Depuis l'adolescence, elle souffre de constipation opiniâtre. La malade est mariée depuis 3 semaines. L'affection actuelle a débuté, il y a 2 ans, par du prurit aux creux axillaires, au pubis et aux organes génitaux, exacerbé par la chaleur et les émotions. La peau des régions prurigineuses devient sèche, rude et se couvre d'éruptions composées des papules miliaires et lenticulaires enflammées, jaune claire, demi-translucides, allant d'une tête d'épingle à un grain de chanvre, disposées en rangs, entre lesquelles la peau est restée soit normale, soit brunâtre. Pas de lésions de grattage. Mêmes éléments autour des aréoles des seins. Durant les 5 mois d'observation et de traitement varié, l'affection n'a pas changé. L'histologie montre une hyper- et parakératose, une acanthose de l'épiderme, avec amas de pigment dans les couches profondes. Les couches de Malpighi, papillaire et sous-papillaire sont œdémateuses. Dans le derme, les glandes sudoripares sont abondantes, les glandes apocrines ont une lumière élargie ; ces glandes sont entourées d'infiltration à cellules rondes, fusiformes et mastzellen.

Quant à l'étiologie de l'affection chez cette malade, on ne trouve aucune cause, sauf la constipation opiniâtre et chronique. La régularisation des fonctions intestinales s'accompagnait d'amélioration, au point de vue clinique, de la dermatose.

L'auteur conclut à l'indépendance de la maladie de Fox-Fordyce, à son rapport avec les glandes apocrines, dont les fonctions excrétoires ont été troublées. Tout en étant une dysendocrinide, la maladie de Fox-Fordyce peut également dépendre de troubles gastro-intestinaux. Une thérapeutique rationnelle ne peut être instituée qu'après avoir nettement établi l'étiologie de l'affection. BERMANN.

Les pyodermites et le rôle de l'infection streptococcique dans leur étiologie, par Mmes M. N. Nicolaiévaskaia et O. N Podwyssotzkaia. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VII, nos 9-18, novembre-décembre 1929, pp. 907-918.

Les données bibliographiques relatives aux pyodermites montrent que l'étiologie et la pathogénie de ces affections fréquentes et courantes sont loin d'être complètement éclaircies. C'est pour cette raison que les auteurs se sont proposé l'étude de certaines questions concernant les pyodermites. Leurs recherches ont porté sur 82 cas de pyodermite répartis en 3 groupes cliniques, notamment : 1° celles où l'élément principal est constitué par une pustule folliculaire ; 2° pyodermites superficielles et 3° pyodermites profondes et chroniques. L'étude de la flore montre que les pyodermites ont pour agent, soit le staphylocoque seul (furonculose, folliculite, impétigo de Bockhardt, certains impétigos vulgaires de la face), soit l'association strepto-staphylococcique (impétigo vulgaire, eczéma impétigineux, ecthyma), soit le streptocoque seul (impétigo vulgaire, pyodermite ulcéreuse, pyodermite végétante). Ce sont les variétés streptococciques et strepto-staphylococciques que les auteurs ont particulièrement étudiées. Les souches streptococciques se sont révélées virulentes pour les souris blanches qui succombaient au bout de 24 à 48 heures après introduction intrapéritonéale. Le streptocoque isolé des pyodermites était également virulent pour la peau du lapin et de l'homme, tandis que les souches prélevées dans la cavité buccale des lupiques se montraient inoffensives. La réaction de Dold déterminant le degré de la virulence du streptocoque ne s'est pas montrée concluante par rapport à l'homme, car elle ne résout pas la question de la virulence du streptocoque. Quant à la spécificité du streptocoque, l'expérience ne confirme pas que l'inoculation du streptocoque seul reproduise le tableau clinique de la pyodermite initiale. Sur 52 inoculations, 7 seulement ont été positives. Quant à la sensibilité cutanée des sujets pyodermiques, les inoculations prouvent que la peau des malades pyodermiques est moins résistante que celle des sujets sains par rapport au streptocoque prélevé sur les pyodermites. En même temps, les auteurs ont observé que les staphylocoques constatés dans les pyodermites présentent la même virulence vis-à-vis de la peau humaine que les streptocoques. Bermann.

L'influence des rayons X sur les réflexes vasomoteurs de la peau, par A. J. Dombrowsky. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VII, nos 9-10, novembre-décembre 1929, pp. 919-929.

Après une étude bibliographique sur les réactions vaso-motrices de la peau et les variétés du dermographisme, l'auteur rapporte ses recherches personnelles. L'étude du dermographisme chez 178 personnes à peau saine a conduit aux résultats que voici : 67 personnes ont présenté une réaction normale, 92 un dermographisme rouge, 14 un dermographisme mixte, 2 un dermographisme blanc, 1 un dermographisme surélevé et 2 n'ont présenté aucune réaction. La période de latence allait

jusqu'à 10 secondes chez 30 o/o, jusqu'à 20 secondes chez 67 o/o et jusqu'à 40 secondes et plus chez 3 o/o, la durée de la réaction n'étant pas en rapport avec la période de latence.

Ensuite l'auteur a procédé aux études des réactions vaso-motrices cutanées sous l'influence des rayons X chez 26 personnes observées jusqu'à 80 jours. Les sujets présentaient une peau normale, les expériences se faisaient dans des conditions identiques. On déterminait tout d'abord le dermographisme, puis on irradiait la région correspondante par des doses allant de 30 à 95 o/o H. E. A. Après la séance, on examinait de nouveau le dermographisme. Sur les 26 personnes en question, 23 avaient une réaction normale, 2 un dermographisme rouge et 1 un dermographisme blanc. Sur les personnes à réaction normale, il ne s'observe aucune réaction 1-2 heures après la séance ; puis la réaction redevient normale ; ensuite 3-5 heures (parfois davantage) à la fin du premier érythème précoce et la réaction pigmentaire qui lui succède, on observe un dermographisme blanc qui dure environ 1 jour. Parfois, au bout de 8-21 jours, après le second érythème et la seconde pigmentation, le dermographisme blanc revient pour quelque temps. Le même tableau se répète au bout de 37-48 jours après l'irradiation.

L'explication des phénomènes observés se ramène, d'après l'auteur, à ceci : durant les premières heures après l'irradiation, les nerfs vasomoteurs sont probablement temporairement paralysés, ce qui empêche la production de toute réaction. Puis, après une période de latence où la réaction est normale, les nerfs vaso-moteurs sont hyperexcités, ce qui provoque une hyperémie sous forme d'érythème précoce. Plus tard, durant la pigmentation, ce sont aussi les nerfs vaso-constricteurs qui sont hyperexcités (dermographisme blanc), avec paralysie des nerfs vaso-dilatateurs dont l'énergie est épuisée à ce moment. L'on peut supposer que l'excitation maximale des nerfs vaso-dilatateurs aboutissant à leur paralysie, à chaque onde d'érythème, sert de cause probable à l'excitation élevée temporaire de leurs antagonistes, les nerfs vaso-constricteurs.

BERMANN.

Contribution à l'étude du syndrome ano-recto-génital, par N. A. LEVENSON. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VII, nos 9 10, novembre-décembre 1929, pp. 930-946.

Après un exposé bibliographique et critique, l'auteur rapporte ses 10 cas personnels observés chez des femmes de 19 à 48 ans. Dans 4 cas, il s'agissait du syndrome ano-recto-génital complet, dans 3 cas, du syndrome ano-rectal et dans 3 cas, du symptôme purement génital.

Se basant sur les données bibliographiques et personnelles, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : le syndrome ano-recto-génital consistant en rétrécissement du rectum et de l'anus avec éléphantiasis des parties génitales, présente réellement un seul processus pathologique. Le rétrécissement rectal de ce syndrome ne doit pas être confondu avec le syphilome ano-rectal de Fournier dont l'existence, comme processus

syphilitique, est excessivement rare et doit être mis en doute. Le traitement spécifique n'améliore pas le syndrome et n'empèche pas son développement progressif. La théorie de la pathogénie de ce processus, comme résultat d'affection des ganglions inguinaux et ano-rectaux par telle ou telle autre infection, doit être considérée comme hypothèse plausible. L'étiologie du syndrome comprend toutes les causes d'affection des ganglions et vaisseaux lymphatiques, par conséquent, la syphilis, la tuberculose, le chancre mou, la blennorragie, la lymphogranulomatose inguinale, la lèpre, les micro-organismes banaux, etc. La lymphogranulomatose inguinale étant par excellence une affection ganglionnaire frappant aussi les ganglions profonds provoque parfois le syndrome ano-recto-génital. Cela prouve que la théorie d'affection ganglionnaire, comme pathogénie de ce syndrome, est bien juste. Vu que le diagnostic de lymphogranulomatose inguinale ne se fait que depuis peu de temps, il est fort possible que des cas méconnus de lymphogranulomatose inguinale existaient bien avant et produisaient chez les femmes le syndrome décrit. L'extirpation des ganglions inguinaux, en cas d'esthiomène de la vulve, aggrave le processus morbide. Il est possible que la syphilis occasionne le rétrécissement rectal en cas de localisation du chancre dur ou col de l'utérus, ou en cas où l'infection pénètre immédiatement par l'utérus aux ganglions, ce qui est fréquent chez les femmes. Les ganglions pelviens postérieurs sont alors plus atteints, ce qui aboutit ultérieurement à l'infiltration, l'hyperplasie et le rétrécissement du rectum. En cas de présence de plusieurs infections, il y a une augmentation des chances pour l'éclosion du processus. Dans les cas des malades ayant eu un chancre mou, on constatait le syndrome complet ou bien les phénomènes génitaux seuls. Il est évident que le chancre mou entraînant une inflammation purulente des ganglions, présente plus de chances de provoquer l'esthiomène de la vulve. Si l'anamnèse ne montre que la syphilis et la blennorragie, ou bien la blennorragie seule, on ne trouvait que les symptômes rectaux. Il ressort donc que la syphilis et la blennorragie ont une tendance à l'affection des ganglions ano-rectaux qui est suivie d'infiltration rectale. Dans les cas de l'auteur, l'anamnèse montre la syphilis dans 6 cas, le chancre mou dans 5 et la blennorragie dans 7. La syphilis seule n'a pas été constatée chez les malades de l'auteur. La syphilis et la blennorragie existaient dans 3 cas ; la syphilis, le chancre mou et la blennorragie existaient dans 2 cas ; la syphilis, la lèpre et le chancre mou ont été relevés dans 1 cas. La tuberculose et la lymphogranulomatose n'ont pas été trouvées. Le syndrome ano-recto-génital est une complication grave des maladies vénériennes amenant un traumatisme physique et psychique des malades. D'où l'importance de sa prophylaxie, d'autant plus que tous les traitements curatifs de ce syndrome sont voués à l'échec. Le rétrécissement rectal passe souvent inaperçu par les médecins. Pour le trouver, il est indispensable de pratiquer un examen digital et rœntgénolgique.

BERMANN.

L'infection des muqueuses des lapines par le virus syphilitique passé par les testicules de lapin, par W. G. Brcnstein et A. W. Boukina. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VII, nos 9-10, novembre-décembre 1929, pp. 940-948.

Au cours des travaux sur la syphilis expérimentale, divers instituts se servent des virus variés, mais ses souches sont ordinairement fixes reproduisant toujours les mêmes accidents. Ainsi, par exemple, un des virus de Finkelstein provoque habituellement des papules et rarement la kératite, tandis que celui des auteurs est suivi, chez le lapin, de kératite, mais rarement des papules. L'obtention des souches nouvelles est difficile, mais possible à condition de perfectionner les méthodes de rééducation et en se servant de technique spéciale. Il est connu que les accidents génitaux sont difficiles à reproduire sur les lapines, tandis qu'ils sont faciles chez les lapins.

Les auteurs ont expérimenté sur 4 lapines et 1 lapin, en se servant d'une souche des spirochètes pâles isolés en 1925 d'une gomme humaine et ayant fait 24 passages. A l'aide de la méthode de Tomachevsky-Finkelstein, en inoculant l'œil et les bourses, on n'obtenait qu'un chancre dur des bourses, et rien à l'œil. On n'a jamais réussi à reproduire un chancre dur chez les femelles, ni aux organes génitaux, ni à l'œil. En modifiant la méthode d'inoculation et en se servant d'une émulsion des spirochètes pâles préparée d'après Orloff (0 gr. 50 d'émulsion de tissu syphilitique de lapin), les auteurs sont arrivés aux résultats tout à fait nouveaux, notamment, des chancres durs de l'œil et des bourses, après une inoculation de ces organes, à l'intervalle de 3 à 5 jours. Poussant plus loin les expériences, les auteurs ont revu les mêmes accidents génitaux et oculaires même chez les femelles, ce qui n'a jamais réussi jusqu'ici. Les auteurs attribuent les résultats positifs à la modification de la méthode d'inoculation.

Bermann.

A propos de l'affection du col utérin chez les petites filles atteintes de blennorragie, par A. M. Kaussmann. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VII, nos 9-10, novembre-décembre 1929, pp. 948-955.

Durant 18 mois, l'auteur a observé 78 cas de blennorragie chez des petites fillles, âgées de 1 à 15 ans. Dans 18 cas, il y avait un état aigu et dans 60, chronique.

Chez les blennorragiques aiguës, la vaginoscopie a montré le col rougi, tuméfié, infiltré et saignant facilement ; chez les blennorragiques chroniques, le col était hyperémié, œdémateux, sans desquamation épithéliale. L'orifice externe a été, dans tous les cas, en forme de fente. Les sécrétions cervicales n'ont jamais été franchement purulentes, mais seulement muco-purulentes, même dans les cas aigus. Dans 14 cas aigus, à part une leucocytose, on a constaté des gonocoques, dans un cas il y avait des diplocoques Gram négatifs identiques aux gonocoques. Dans les cas chroniques, les gonocoques n'ont jamais été

décelés, mais dans 38 cas, la leucocytose était élevée. Quant au rapport existant entre la fréquence de l'affection du col et l'âge, l'auteur a établi que plus l'enfant est âgé, plus souvent on observe la localisation du processus au col. Plus la petite est âgée, plus elle présente la pénétration de la flore vaginale dans le canal cervical. Le traitement des cas aigus durait 6-8 mois, des cas chroniques 8-20 mois. Les gonocoques disparaissaient rapidement du col. Le traitement consistait en lavages vaginaux et rectaux par le permanganate, le nitrate, les injections uréthrales au protargol et à la résorcine. Dans tous les cas, l'auteur a employé la vaccinothérapie polyvalente. La guérison a toujours été contrôlée par la provocation et des examens bactériologiques multiples. BERMANN.

Contribution au traitement de la syphilis par le Bijochinol, par W. J. MRONGOVIUS et N. J. KAUFFMANN. *Rousskу Vestnik Dermatologuii,* t. VII, nos 9-10, novembre-décembre 1929, pp. 955-964.

Durant les deux années 1926-1928, les auteurs ont traité par le bijochinol seul (quinby russe), 75 syphilitiques actifs. Dans 7 cas de chancre dur, traités par 14-17 injections intramusculaires de 3 centimètres cubes pratiquées tous les 4 jours, la guérison survenait après 6-8 injections, donc 20 jours en moyenne. Les spirochètes se voyaient encore après 2-3 injections ; l'induration ne se modifiait pas même jusqu'à la fin du traitement. Dans 48 cas de syphilide secondaire traités de la même façon, les auteurs notent que la roséole disparaît également après 6-8 injections, donc 20 jours en moyenne ; la forme papuleuse et papulo-pustuleuse résiste jusqu'à 14-17 injections, ne disparaissant qu'à la fin du traitement, les condylomes larges génitaux et périanaux presque non modifiés par 8-10 injections ont dû être soignés par le néo qui les a fait disparaître. Sur 18 cas de syphilis tertiaire, ce n'est que la variété tuberculeuse qui se mettait à disparaître au bout de 20 jours, après 6-8 injections, la guérison définitive ne survenant qu'à la fin de la cure. Les formes gommeuses ne bénéficiaient presque pas d'effet positif et devaient être « finies » au néosalvarsan. Dans 2 cas d'hérédo-syphilis, les effets ont été encore pires. Un enfant de 3 mois et demi avec syphilide papuleuse généralisée et coryza spécifique est mort après la sixième injection ; un garçon de 10 ans avec kératite parenchymateuse n'a pas du tout été guéri par 16 injections de bijochinol. Quant aux accidents, les auteurs ont observé une albuminurie chez 20 o/o des malades, puis une cylindrurie et des cellules rénales, avec leuco- et érythrocytes En outre, il y avait des cas d'éruption scarlatiniforme, urticarienne, du liseré bismuthique, presque chez tous les malades, etc. La réaction de Bordet-Wassermann n'a pas été modifiée, un cas négatif est même devenu positif au cours du traitement. Naturellement, l'on ne pourrai tinvoquer la bismutho-résistance pour tous les 75 cas traités. Les auteurs concluent que le bijochinol seul est inférieur a umercure dans les syphilis I et II et cède à la combinaison iodo-mercurielle dans la syphilis III. BERMANN.

Le traitement des prostatites, spermatocystes et arthrites blennorragiques par l'usage extra-thermal des boues, par I. S. Beyrakh. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VII, nos 9-10, novembre-décembre 1929, pp. 964-975.

L'auteur a traité 95 cas de prostatite et spermatocystite et 10 cas d'arthrite blennorragique par des applications locales des boues pratiquées en dehors de la station thermale. L'observation de ce riche matériel permet à l'auteur de conclure ainsi : Parmi les méthodes variées de traitement de prostatite, vésiculite et arthrite gonococcique, l'usage des boues employées en dehors des thermes présente un moyen nouveau et puissant. Cette méthode fournit des résultats favorables au stade de régression des prostatites et vésiculites, de même que dans les formes évoluant d'emblée avec l'allure chronique. L'emploi intrarectal des boues pour le traitement du foyer primaire, prostate et vésicule séminale, donne des effets positifs en cas d'arthrite gonococcique subaiguë et chronique non fibreuse. Ce mode de traitement dépasse, d'après ses résultats, tous les autres employés auparavant et se rapproche de la diathermie, lui étant parfois, même supérieur. Le succès du traitement intrarectal est augmenté en cas de son association au massage de la prostate et des vésicules séminales, ainsi qu'aux méthodes immuno-thérapeutiques, bains de siège et généraux des boues. L'usage local des boues sur le foyer primitif, prostate et vésicule séminale, est un moyen nouveau de diagnostic étiologique des arthrites d'origine douteuse. Cette méthode peut servir de moyen de provocation permettant d'apprécier la guérison de la blennorragie. Dans les cas aigus, l'emploi intrarectal des boues non seulement ne produit pas d'amélioration, mais provoque même une aggravation. Le paludisme, en abaissant la résistance individuelle de l'organisme dans sa lutte contre l'infection gonococcique, demeure un obstacle au succès du traitement local par les boues. Le mode de traitement intrarectal par les boues fait en dehors des thermes est simple, exempt des complications et dangers ; il peut être conduit en policlinique, en toute saison et ne dérange pas les malades qui peuvent vaquer à leurs occupations habituelles. Tous ces avantages font l'auteur préconiser largement ce mode de thérapie.

Bermann.

Contribution à la clinique du nanisme syphilitique, par D. M. Bossiysky. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VII, nos 9-10, novembre-décembre 1929, pp. 976-983.

Après une revue bibliographique du sujet, l'auteur rapporte 2 observations personnelles de nanisme syphilitique chez des jeunes filles.

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille paysanne, âgée de 15 ans. Son développement général est bien proportionné, sa taille correspond à celle d'une fille de 10 ans, atteignant 139 centimètres ; poids, 28 kgs 400. Les téguments cutanés sont foncés, montrant la ligne blanche de Sergent. Pas de poils aux aisselles, ni au pubis. Les seins et les organes génitaux externes sont hypertrophiés. Pas de règles. Vierge ; le toucher rectal montre un utérus infantile. Anisocorie,

troubles pupillaires. L'humeur de la malade est déprimée, mais le développement psychique correspond à son âge. Vagotonie. La radiographie montre une hypertrophie thyroïdienne et une diminution de la cavité de la selle turcique dont la paroi postérieure est très épaissie. Bordet-Wassermann très positif.

Dans le second cas, il s'agit d'une jeune écolière de Moscou, âgée de 16 ans. Elle est développée proportionnellement, mais sa taille de 126 centimètres et son poids de 25 kilogrammes font croire à une petite fille de 7-8 ans. Les aisselles et le pubis sont dépourvus de poils, les reins et les organes génitaux externes ne sont pas développés. Pas de règles. La radiographie montre un amincissement des os crâniens et une diminution de la selle turcique. Bordet-Wassermann négatif, bien que l'anamnèse montre que le père de la malade est un ancien syphilitique.

Dans les deux cas, on note une insuffisance des glandes endocrines sexuelles. Dans le premier cas, il faut aussi admettre une insuffisance des glandes surrénales (peau foncée et ligne blanche de Sergent). Dans les deux cas, on trouve une selle turcique anormalement développée, ce qui laisse aussi supposer des troubles hypophysaires. L'étiologie des deux cas est syphilitique ; le syndrome pluri-glandulaire caractéristique pour l'hérédo-syphilis a été bien amélioré par le traitement spécifique, combiné à l'opothérapie, les malades se sentaient très bien et prenaient de l'embonpoint. BERMANN.

Un cas de diphtérie des organes génitaux, par R. G. MACOWÈRE et P. S. SAKHAROFF. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VII, n°s 9-10, novembre-décembre 1929, pp. 983-986.

Après un aperçu bibliographique et clinique de la diphtérie cutanée, les auteurs rapportent un cas personnel. Une fillette de 14 mois présente un œdème et une cyanose des grandes lèvres ; leur face interne et les petites lèvres sont couvertes de nombreuses ulcérations superficielles avec une fausse membrane grisâtre ; les limites des ulcérations sont nettes et l'attouchement provoque un saignement de ces lésions. Les ganglions lymphatiques ne se palpent pas au début, mais dans la suite ils augmentent de volume, s'indurent, mais restent indolores. Pas de diphtérie dans la cavité bucco-pharyngienne, ni ailleurs, apyrexie, bon état général. L'affection est très suspecte de diphtérie et l'on fait une injection de 8.000 unités de sérum antidiphtérique suivie d'une légère ascension thermique avec urticaire. Rapidement l'œdème, la cyanose et les fausses membranes diminuent et disparaissent, les ulcérations se cicatrisent. L'examen de laboratoire décèle des bacilles de Lœffler et des streptocoques dans les fausses membranes. Guérison en 7 jours, avec cicatrices à la place des manifestations profondes. L'enfant quitte le service le 15e jour, définitivement guéri. A part le sérum antidiphtérique, on a fait des applications locales d'une solution de permanganate de potassium à 1 p. 500. Durant un mois d'observation, l'on n'a pu trouver la source de contagion ni dans la famille de la malade, ni dans son entourage. BERMANN.

LIVRES NOUVEAUX

Etude critique des traitements modernes de la lèpre (Estudio critico de los modernos tratamientos de la lepra), par Pedro ABAL. *Publicaciones de Cronica medica,* Valencia, 1929, 56 p , 18 fig.

P. A. étudie d'abord le *traitement spécifique de la maladie :*

Les *Arsenicaux* ne sont pas sans valeur. Le meilleur, d'après tous les léprologues, paraît être l'éparséno de Pomaret.

Les *Préparations iodiques* déterminent une réaction fébrile et une hyperémie des éléments cutanés. L'iodoforme aurait pour effet la disparition de l'acido-résistance des bacilles.

Les *Composés cuivrés* peuvent donner quelques améliorations surtout quand on les administre à la fois en injections intraveineuses et intramusculaires.

Des *Cures spécifiques* ont été essayées avec la tuberculine, avec le sérum de Carrasquilla et d'autres encore. Les résultats ont été négatifs. La léproline de Rost, la nastine de Deyke pacha et Reschad bey sont très discutées. L'autothérapie préventive de Pedro Caride est très anémiante. Les vaccins d'Hasson donneraient de meilleurs résultats.

L'acide phénique, la créosote, le bismuth, l'antimoine, l'or ont été employés par divers auteurs.

Le meilleur traitement est encore le traitement par l'*huile de Chaulmoogra* et surtout par *ses dérivés.* Les autres ne peuvent guère être utilisés que comme thérapeutique intercalaire.

La deuxième partie du travail se rapporte au *Traitement local des manifestations externes de la lèpre.*

Trois méthodes sont susceptibles de donner de bons résultats : les bains chauds savonneux, l'excision chirurgicale des lépromes exubérants et surtout la neige carbonique. En outre de son utilité réelle, ce traitement a un effet moral des plus heureux.

Un dernier chapitre précise les règles de l'hygiène et de la diététique des lépreux. J. MARGAROT.

Traitement des tumeurs malignes par le bleu d'isamine, par R. ROOSEN (Isamin blautherapie der bosärtigen Geschwulste). *Wurburger Abhandlungen,* t. VI, f. 5. Curt Kabitzsch, Leipzig 1930.

Cette monographie de 35 pages est consacrée au traitement des cancers inopérables par le bleu d'isamine. Le bleu d'isamine VI B appartient au groupe des colorants acides. Découvert par Benda, employé pour les colorations vitales, il est très peu toxique pour l'animal, dont

selles, urines, humeurs et téguments se teignent en bleu. La coloration bleue apparaît plus rapidement au niveau d'une lésion ou d'une tumeur. Mêmes constatations chez l'homme. Le bleu s'accumule vite au niveau et autour du parenchyme néoplasique. L'action thérapeutique est fonction des quantités de colorant accumulées. On constate l'arrêt de développement, puis la régression et souvent la disparition des masses néoplasiques. L'état général est amélioré ; la coloration bleue des téguments ne cause aucun accident, il faut prévenir et rassurer le malade. Toutes les tumeurs ne sont pas également réceptives : l'accumulation se produit surtout dans les tumeurs de la peau et du sein. Le bleu d'isamine ne s'injecte que par voie intraveineuse, en solution glycérinée ; l'injection doit être faite très lentement. R. a d'abord fait suivre les injections de bleu (en tout 400 centimètres cubes d'une solution à 0,83 o/o) d'injections de néosalvarsan destinées à modifier le colorant accumulé dans les tumeurs.

Ultérieurement, il a supprimé l'arsenic. L'action thérapeutique est renforcée par des injections locales dans la masse néoplasique (solution à 3 o/o). La diathermie en accroît l'activité. L'efficacité du bleu d'isamine est due aux modifications de l'équilibre physico-chimique des cellules néoplasiques (modification de la tension superficielle, de la concentration des ions H, de l'équilibre colloïdal, déshydratation).

R. rapporte de nombreuses observations de néoplasmes divers et inopérables où le traitement par le bleu d'isamine a déterminé des améliorations considérables, parfois prolongées. Cette méthode mérite donc d'être utilisée toutes les fois que l'intervention chirurgicale ou les radiations sont impossibles. Dans un cas, l'emploi du bleu d'isamine a permis la guérison ultérieure par la radiothérapie.

Chatellier.

Pratique du diagnostic et du traitement de la tuberculose cutanée (Diagnose und Thérapie der Hauttuberkulose in der Praxis), par A. Rost, P. Keler et A. Marchionini. Tuberkulose Bibliothek, nº 35 (57 figures).

Le premier chapitre contient des données statistiques sur la fréquence des tuberculoses de la peau et leurs rapports avec la tuberculose généralisée (à Fribourg-en-Brisgau et ses environs). On voit que pendant la guerre, le nombre en a été très augmenté ; qu'elles sont proportionnellement moins nombreuses qu'à Kiel, et qu'à Breslau ; que les femmes y comptent pour 517 contre 358 hommes ; que le lupus et les formes ulcéreuses en particulier en constituent la plus grande part ; que la tuberculose verruqueuse est bien plus fréquente chez les hommes ; que l'âge le plus souvent mentionné est entre 20 et 30 ans pour le lupus, etc.

Le second chapitre étudie l'étiologie et les processus d'immunisation dans la tuberculsoe cutanée. Les auteurs ont utilisé avec préférence l'intracuti-réaction de Mantoux suivant la technique de Bessau (mesure des éléments obtenus par deux inoculations successives : si la seconde est la plus considérable, cela indiquerait une tuberculose inactive).

Le troisième chapitre donne la description clinique de la plupart des formes habituelles, avec de bonnes photographies.

Enfin le quatrième chapitre est consacré à la thérapeutique. On y trouve des renseignements intéressants sur la cure de régime de Gerson (végétarisme, privation de chlorure de sodium, etc.), qui procure des augmentations de poids, moins cependant que l'administration de l'insuline *per os*. Enfin, on décrit plus ou moins brièvement les divers procédés de traitement local : Le meilleur étant celui qui associe les photothérapies locale et générale.

En résumé, beaucoup de renseignements pratiques très intéressants, particulièrement sur la tuberculose, en ce qu'elle a de général chez les tuberculeux cutanés ; ils sont relativement peu connus en France.

CH. AUDRY.

Précis d'ionothérapie électrique, par F. GIDON, ancien chef du service physiothérapique à l'Hôtel-Dieu de Caen, Professeur à l'École de Médecine de Caen. Un petit vol. in-8 de 92 pages. Aux éditions des Presses Universitaires de France.

L'auteur a réuni dans cet opuscule l'ensemble des renseignements qui permettront de pratiquer les opérations courantes de l'ionothérapie : traitement de rhumatismes, d'arthrites, de raideurs, d'adhérences ou de compressions fibreuses, de névralgies, de plaies suppurantes et de *certaines dermatoses*.

CLÉMENT SIMON.

Syphilis héréditaire du système nerveux, par L. BABONNEIX, Médecin de la Charité. Un fort volume in-8 de 432 pages. Prix : 60 francs. Librairie Masson, Éditeurs, Paris.

M. Babonneix dont on a pu suivre les recherches poursuivies depuis plusieurs années sur la syphilis héréditaire du système nerveux, publie chez Masson l'ensemble de ses travaux sur cette intéressante question. Il y ajoute les observations qu'il a pu recueillir dans la bibliographie et il nous donne ainsi un ouvrage que devront posséder tous les syphiligraphes et tout au moins connaître les médecins de médecine générale.

Nous ne pouvons donner qu'une idée générale de ce livre plein de faits et écrit avec l'esprit critique le plus averti. Nous pouvons cependant donner une idée des opinions de l'auteur.

Sur 40 observations d'hémiplégies infantiles, Babonneix en trouve 20 chez des hérédo-syphilitiques, soit 50 o/o. La syphilis héréditaire est en cause souvent, mais non toujours, dans la maladie de Little. Il en est de même pour l'épilepsie, Babonneix admet pour celle-ci le rôle de l'asphyxie à la naissance, des infections et intoxications du jeune âge. L'auteur admet 16 o/o de syphilis dans ses cas personnels. La moitié des convulsions essentielles relèvent de la syphilis et on doit toujours essayer le traitement quand on ne trouve pas une autre cause évidente.

L'auteur étudie ensuite le rôle de la syphilis dans des syndromes

moteurs divers, syndromes dits striés, maladie de Thomsen et myopathie, tics, atrophie de Charcot-Marie. Pour la chorée, Babonneix n'est pas aussi absolu que Milian et n'a trouvé la syphilis dans les antécédents héréditaires des choréiques que dans 25 o/o des cas. Il a trouvé également cette hérédité dans certains cas d'incontinence d'urine.

La syphilis joue un grand rôle dans nombre de cas de syndromes intellectuels, arriération, imbécillité, idiotie, mongolisme. Son rôle est probable dans certains syndromes mixtes à la fois intellectuels et moteurs.

Babonneix étudie ensuite le rôle de la syphilis héréditaire dans les atrophies optiques. Il pense que la syphilis est souvent en cause par méningite basilaire et que l'atrophie s'accompagne souvent d'autres accidents nerveux relevant de la syphilis. Elle peut parfois être améliorée par le traitement spécifique et surtout arsenical. Il en est de même pour la labyrinthite.

La syphilis des glandes endocrines existe, elle explique selon la théorie d'Hutinel les malformations et les dystrophies, mais il ne faut pas exagérer son importance. L'hérédo-syphilis est très souvent en cause, mais non toujours, dans l'hydrocéphalie. Babonneix cite deux cas de dystrophie osseuse d'hérédo-syphilitiques avec fractures multiples.

L'auteur admet les manifestations tardives de l'hérédo-syphilis nerveuse ; il cite un cas d'hémiplégie spasmodique à 8 ans ; 2 cas de monoplégies spasmodiques : un à 14 ans, l'autre à 16 ans ; un cas de paraplégie spasmodique à 15 ans ; 2 cas d'épilepsie tardive à 20 ans et à 21 ans ; toutes ses observations étant prises chez des hérédo-syphilitiques. De même on peut voir des syndromes endocriniens à apparition tardive, 12 ans ; des atrophies optiques tardives.

L'auteur étudie aussi la descendance des sujets atteints de tabès ou de paralysie générale. Leurs enfants sont exposés d'après lui aux convulsions, à l'idiotie ou à l'arriération, à l'hémiplégie infantile, aux malformations, à l'athrepsie et à des accidents spécifiques divers.

Cet exposé clinique se termine par l'examen de quelques cas non classés et par une synthèse générale des plus intéressante. Viennent ensuite les déductions thérapeutiques dont voici les deux idées dominantes :

1° dans aucune des observations il n'est spécifié, dit l'auteur, que les parents aient subi un traitement suffisant ;

2° dans la majorité des cas, le traitement chez les hérédo-syphilitiques s'est montré peu efficace. C'est surtout probablement parce qu'on ne l'applique pas assez tôt. Le traitement est à la fois préventif et curatif ; préventif en soignant la mère pendant la grossesse et de préférence avec les arsénobenzènes et curatif chez les enfants.

Babonneix donne une bonne étude de la thérapeutique spécifique chez les hérédo-syphilitiques. La question des arsenicaux en particulier y est traitée avec beaucoup de soin et de compétence ; y compris celle des

arsenicaux pentavalents dont l'auteur, en se servant surtout du tréparsol par la bouche, a tiré d'excellents résultats.

Peut-on en terminant lui faire une critique amicale en disant que le chapitre de la thérapeutique bismuthique est moins complet et par exemple qu'il n'y est pas question des bismuths lipo-solubles.

Ce chapitre de thérapeutique se termine par un examen détaillé des médications accessoires. CLÉMENT SIMON.

Étude clinique sur la pelade, avec 30 figures originales, par V. GENNER, Chef de Clinique Dermatologique de l'Hôpital de Frederiksberg, Copenhague ; Ancien Assistant de l'Institut Photo-thérapeutique Finsen et de la Clinique Dermatologique Universitaire de l'Hôpital de l'Etat à Copenhague. A Paris, Lefrançois, Éditeur. Un volume grand in-8 de 581 pages. Prix : 115 fr.

L'examen des théories pathogéniques de la pelade est à la fois instructif et bien décevant. De tout temps, cette curieuse dermatose a excité la curiosité des chercheurs. Dès qu'une découverte s'est faite dans le domaine de la biologie on n'a pas manqué de l'utiliser pour expliquer la pathogénie de la pelade. En laissant de côté les anciennes idées aujourd'hui abandonnées, et en remontant seulement à Gruby et à Bazin, on pourrait suivre l'évolution de la médecine en suivant l'histoire de la pelade : théories parisitaires, théories tropho-neurotiques, théories dystrophiques, théories syphilitiques, théories endocrino-sympathiques.

Aucune de ces théories ne résiste à une critique sévère, comme nous le montre une fois de plus l'auteur de cette remarquable monographie. Toutes ces théories sont examinées avec soin, érudition et esprit critique. Mais l'auteur ne se borne pas à faire une sorte de revue générale, il relate une quantité d'observations et l'on peut dire que s'il n'apporte pas la solution de la question, on ne voit pas avec les moyens actuels d'investigation, comment on pourrait arriver à une solution plus satisfaisante. Du moins, trouvera-t-on dans l'ouvrage de M. Genner des documents très précieux, une bibliographie imposante, qui pourront servir de point de départ à un nouveau travail mené avec des moyens nouveaux que malheureusement l'on n'entrevoit pas encore.

Dans un chapitre final, l'auteur donne un exposé des différents modes de traitement en s'attachant d'une façon particulière à la photothérapie.

CLÉMENT SIMON.

NOUVELLES

Le Secrétariat général du VIII[e] Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie signale aux confrères désireux d'assister à ce congrès que le nombre des bons hôtels à Copenhague est assez réduit, et que l'époque du congrès étant justement celle de la période des touristes, il serait utile de se faire inscrire le plus tôt possible afin que la question de logement puisse être organisée d'une façon parfaite.

Dr S. LOMHOLT,
Secrétaire général,
Raadhusplads, 45, à Copenhague.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

LES INTRADERMO-RÉACTIONS DANS LE CHANCRE MOU ET DANS LA LYMPHOGRANULOMATOSE INGUINALE CONSIDÉRÉES SPÉCIALEMENT DANS LEURS RAPPORTS AVEC L'ÉTIOLOGIE DU SYPHILOME ANO-RECTAL

Par O. JERSILD,
Médecin en chef de l'Hôpital Rudolph Bergh, à Copenhague.

I. — L'INTRADERMO-RÉACTION DANS LE CHANCRE MOU ET SES COMPLICATIONS

Nous ne donnerons ici que le résumé des résultats obtenus par nous, puisque cette réaction a fait, en France, l'objet de si belles recherches expérimentales et cliniques (Teissier, Reilly, Rivalier, Dubreuilh, Hudelo et plusieurs autres (1) que nous n'avons presque rien de nouveau à ajouter.

A l'hôpital Rudolph Bergh, nous avons employé exclusivement comme antigène le vaccin Dmelcos de Nicolle. Nous avons caractérisé une réaction douteuse par ± et les réactions positives par + (s'il y avait seulement une papule), par ++ (si la papule était entourée d'un halo plus ou moins grand), et par +++ (si la papule portait sur son sommet une vésicule ou une pustule).

Pendant les années 1928 et 1929 (jusqu'à octobre) nous avons pratiqué, à l'hôpital Rudolph Bergh, l'intradermo-réaction avec le vaccin Dmelcos sur 97 malades (75 hommes et 22 femmes).

(1) Voyez aussi le procès-verbal de la Réunion dermatologique de Strasbourg, séance mai 1928, *Bull. de derm.*, n° 7, 1928.

Ces 97 malades peuvent être groupés de la façon suivante :

A) 15 cas de chancre mou sans complications (dont 3 femmes) ;
B) 16 cas de chancre mou ou cicatrice après un chancre antérieur, compliqué de bubon ou de bubonulus (dont 1 femme) ;
C) 2 cas de chancre gangréneux ;
D) 12 cas où l'individu a eu antérieurement une infection chancrelleuse (dont une femme) ;
E) 52 sujets-témoins (dont 17 femmes) ;

Total 97 cas (dont 22 femmes).

Le *groupe A* comprend 15 cas de *chancre mou sans complications*. Dans tous ces cas, le chancre avait un aspect clinique tout à fait typique. Chez 9 des malades, les ulcérations étaient multiples. Chez 11 le diagnostic fut confirmé par la présence du bacille de Ducrey, ou par inoculation, ou à la fois par la présence du bacille et par l'inoculation positive. Chez les 15 malades, sans exception, l'intradermo-réaction se montra positive; chez 10, la réaction fut qualifiée comme positive +, chez 5 comme + (+).

En général, nos cas ne peuvent pas servir à fixer le moment où l'intradermo-réaction devient positive après l'infection : d'abord parce que les renseignements donnés sur la date du rapport contagieux sont peu précis, et ensuite parce que la plupart des malades ont dit avoir remarqué l'existence de l'ulcération depuis plus longtemps que les 10 à 12 jours qui sont indiqués ordinairement comme maximum pour l'apparition de l'allergie. Dans un seul cas (dont nous donnerons plus tard l'observation), nous avons toutefois pu fixer l'époque à laquelle la réaction est apparue. Il s'agissait d'un homme qui n'était pas entré à l'hôpital pour un chancre mou, mais qui avait contracté cette affection le soir même qui précéda son entrée. La première intradermo-réaction, le lendemain du jour de l'entrée, fut purement négative. La suivante, pratiquée le 13e jour, alors que le chancre était gros comme une lentille et d'un aspect clinique typique, fut positive. Un autre malade indiqua qu'il n'avait pas observé son chancre, dans lequel on avait trouvé des bacilles de Ducrey, depuis plus de 10 jours. Sa réaction au Dmelcos fut positive, mais comme il avait eu, en 1926, un bubon, cette réaction positive ne peut pas être regardée comme provoquée par la nouvelle infection.

Ainsi qu'il a été déjà mentionné, nous ne trouvons pas, dans ce groupe, de réaction fortement positive (++ ou +++). Ceci concorde avec les résultats des recherches faites en France : à savoir que l'état allergique n'atteint pas les degrés les plus élevés avant que les complications se soient manifestées.

Le *groupe B* compte 16 malades et englobe les *cas compliqués.* Les complications étaient soit des bubons (13 cas), soit des bubonuli (3 cas). Dans les cas où le chancre (5 cas) ou les chancres (8 cas) existaient encore lors de l'entrée à l'hôpital, les ulcérations étaient d'un aspect clinique tout à fait typique. Dans 3 cas, les chancres étaient déjà cicatrisés à l'époque où les malades sont entrés. Dans 11 des cas, les chancres existaient depuis une période de 3 semaines à 2 mois, ce qui explique que les recherches bactériologiques se soient montrées négatives et que les inoculations aient fait défaut dans plusieurs cas (positives seulement dans 4 cas). Mais, étant donné l'aspect clinique des bubons et leur disparition après des injections intraveineuses de Dmelcos, le diagnostic peut être regardé comme exact.

Ces 16 malades ont tous donné une intradermo-réaction positive. Chez 4 d'entre eux, elle a été caractérisée par +, chez 10 par ++ et chez 2 par +++. Nous trouvons donc, d'accord avec les auteurs français, que les réactions les plus fortement positives ont lieu dans les cas compliqués.

Groupe C. — Nous avons pratiqué l'intradermo-réaction sur 2 malades de ce groupe qui avaient un *chancre gangréneux.* L'un d'eux avait une grande ulcération fétide qui avait dévoré la moitié droite du gland ; il était en outre porteur d'une éruption syphilitique secondaire, avec réaction de Wassermann positive. On ne trouva ni tréponèmes ni streptobacilles. Son intradermo-réaction fut douteuse (±). L'autre malade, qui n'avait jamais eu la syphilis, avait observé une ulcération 5 jours avant son entrée à l'hôpital. On ne trouva pas de bacilles de Ducrey. L'intradermo-réaction fut légèrement positive, et il y eut une faible réaction sérologique.

S'agissait-il, dans ces deux cas, de chancre mou gangréneux où l'infection gangréneuse juxtaposée a diminué l'allergie de l'infection streptobacillaire, ou bien d'une gangrène génitale sans infection streptobacillaire qui a donné une réaction faiblement positive avec le Dmelcos ? La réponse reste en suspens.

Groupe D. — Dans ce groupe, nous avons fait entrer les cas où il ressortait de l'anamnèse que l'individu avait déjà été *atteint, autrefois, d'infection streptobacillaire;* les déclarations de chaque malade ont été corroborées ensuite par un examen objectif approfondi.

Les 12 malades étaient hospitalisés pour les affections suivantes :

Blennorragie	6 cas	: 5 hommes, 1 femme.
Syphilis secondaire . .	1 »	tous des hommes.
Syphilis tertiaire. . .	2 »	
Dermatite artificielle .	1 »	
Combustion	1 »	
Brûlure ?.	1 »	
Ulcère variqueux . .	1 »	

Dans la moitié des cas, les chancres avaient été compliqués de bubons. La réaction de Wassermann était positive chez 2 malades, négative chez les autres.

L'infection streptobacillaire datait de :

1	an	chez	1	malade
2	ans	»	1	»
4	»	»	1	»
8	»	»	1	»
9	»	»	1	»
11	»	»	1	»
12	»	»	1	»
14	»	»	2	»
23	»	»	1	»
33	»	»	1	»
?	»	»	1	»

L'intradermo-réaction a été positive dans tous les cas et, en général, fortement positive. Nous l'avons caractérisée par + chez 2 malades qui n'avaient jamais eu de bubon, par ++ chez 7, dont 4 avaient eu des bubons, et par +++ chez 3, dont 2 avaient eu des complications buboniques. Le cas mentionné au groupe A, où le malade avait eu bubon trois ans auparavant, indique, d'accord avec les auteurs français, qu'une allergie déjà existante ne préserve pas le sujet d'une réinfection.

Le *groupe E* englobe 52 malades (35 hommes et 17 femmes)

dont les commémoratifs indiquaient qu'ils n'avaient jamais présenté de symptômes de chancre mou, avec ou sans complications ; un examen objectif ne permit pas non plus de diagnostiquer cette affection. Ces *52 sujets témoins* se répartissaient comme il suit selon les maladies pour lesquelles ils étaient hospitalisés :

	Hommes	Femmes
	—	—
Blennorragie.	10	2
Syphilis	9	14
Lymphogranulomatose inguinale .	15	—
Herpès génital	—	1
Balanoposthite	1	—
	35	17

Chez 21 des syphilitiques, la réaction de Wassermann était positive. Chez 2 hommes qui ne présentaient qu'un chancre syphilitique, la réaction était négative.

Les 15 cas de lymphogranulomatose inguinale ne concernaient que des hommes ; l'affection était d'un aspect clinique tout à fait caractéristique, mais le diagnostic fut en outre confirmé par une intradermo-réaction positive.

Dans 10 des cas de ce groupe (3 syphilitiques et 7 blennorragiques), nous avons donné une solution d'iodure de potassium à 10 grammes pour 200, à raison d'une cuillerée trois fois par jour pendant cinq jours, avant de pratiquer l'intradermo-réaction. Notre but était, par là, de rechercher si des composés de l'iode circulant dans l'organisme peuvent provoquer une pseudo-réaction à l'endroit où l'on injecte le Dmelcos, ainsi que l'a trouvé Borberg en ce qui concerne les injections de luétine, non seulement chez des syphilitiques, mais aussi chez des non-syphilitiques, et, en général, chez presque tous les individus, même sains, traités par l'iodure. Borberg a trouvé également que la réaction de Pirquet était renforcée par l'emploi de l'iodure et il a posé comme règle générale que les composés de l'iode modifient l'organisme, de telle façon que celui-ci réagit par des phénomènes inflammatoires vis-à-vis des dépôts bactériens.

Nous n'avons constaté aucune réaction parmi nos 52 cas, ni dans les 10 cas traités par l'iodure.

Nous avons essayé, sur un malade, s'il est possible, suivant le procédé de Praussnitz-Küstner, de transférer la sensibilisation d'un individu à la peau d'un autre individu. Nous avons agi de la façon suivante : le sujet de l'expérience était un homme, P...., soigné à l'hôpital Rudolph Bergh pour une blennorragie avec épididymite, et qui n'avait jamais eu, autrefois, de maladies vénériennes. Il avait donné une intradermo-réaction négative avec le Dmelcos deux fois : le 5 et le 12 juin 1929. Le 20 juin, on lui injecta au bras droit 0 cm^3 5 de sérum provenant d'une autre malade, la femme L. J.... Cette dernière était traitée pour blennorragie. Elle n'avait jamais eu la syphilis et ne présentait aucun symptôme clinique ou sérologique de cette maladie. En 1928, elle avait été soignée à l'hôpital Rudolph Bergh pour un bubon de l'aine gauche, qui avait été incisé. Deux intradermo-injections avec le Dmelcos, pratiquées le 11 et le 18 juin, donnèrent toutes les deux une réaction positive (+ +). La malade se trouvait donc fortement sensibilisée après son infection strepto-bacillaire antérieure. Pour contrôle, on injecta au bras gauche de P..., le même jour (20 juin 1929) 0 cm^3 5 de sérum prélevé sur un autre malade, H. N..., qui était atteint de blennorragie; ce dernier n'avait jamais eu la syphilis et ne présentait aucun symptôme clinique ou sérologique de cette maladie; deux intradermo-injections avec le Dmelcos faites sur lui le 5 et le 12 juin avaient donné des résultats négatifs. Les deux sujets dont on a employé le sérum en injections sur P... avaient, au moment de l'expérience, une température normale, et l'examen général objectif ne révéla aucun signe de maladie.

24 heures après, on fit deux intradermo-injections de Dmelcos de 0 cm^3 2 sur les deux bras de P..., aux endroits mêmes où on avait déjà injecté les sérums des deux autres malades et où, à ce moment, aucune réaction ne se manifestait.

48 heures après (c'est-à-dire le 23 juin), on constata une petite papule infiltrée sur le bras droit, à l'endroit de la piqûre, tandis que le bras gauche ne présentait aucune réaction. L'infiltrat du bras droit resta encore visible et palpable le lendemain 24 juin.

D'une seule expérience de cette sorte, on ne peut naturellement pas tirer de conclusions générales ; il semble, cependant, qu'elle puisse être interprétée en faveur de ce qu'on cherchait à éclairer.

Des recherches que nous avons faites à l'hôpital Rudolph Bergh sur l'intradermo-réaction dans le chancre mou, il ressort donc :

1° Que le vaccin Dmelcos de Nicolle, employé en injections intradermiques à la dose de 0 cm³ 2 a donné une réaction positive dans tous les cas de chancre mou âgé de plus de 10 à 12 jours ;

2° Que nous avons trouvé la réaction fortement positive dans les cas compliqués ;

3° Que chez les individus ayant eu autrefois une infection chancrelleuse, nous avons observé une réaction fortement positive, alors même que l'infection remontait à de nombreuses années (jusqu'à 33 ans) ; l'état allergique de l'individu persiste probablement toute sa vie ;

4° Que la réaction s'est montrée négative chez tout individu qui n'a pas ou n'a pas eu une infection streptobacillaire, et que, chez un tel individu, on ne peut pas provoquer de réaction même par administration d'iodures.

II. — L'INTRADERMO-RÉACTION DANS LA LYMPHOGRANULOMATOSE INGUINALE DE NICOLAS-FAVRE

En 1925, Frei, de Breslau, a signalé qu'il était possible d'obtenir une réaction locale apparemment spécifique chez des malades atteints de lymphogranulomatose inguinale. Il employait, pour l'injection intradermique, un antigène préparé avec du pus prélevé par ponction d'une adénite suppurée pas encore perforée. Le pus aspiré était dilué dans 10 fois son volume d'une solution physiologique de chlorure de sodium, et le mélange était chauffé, le premier jour pendant 2 heures jusqu'à 60° et le jour suivant 1 heure, également jusqu'à 60°. Il injectait 0 cm³ 1 de cet antigène sous l'épiderme, dans la région deltoïdienne et vérifiait le test intradermique 48 heures après. La réaction positive consistait en une papule infiltrée, rouge, ferme et durable, à l'endroit de l'injection. Si la réaction était plus forte, on observait, — comme avec le Dmelcos, — un halo érythémateux entourant l'infiltration centrale. Dans les cas de réaction très fortement positive, la papule portait au sommet une vésicule ou une pustule. La première communication de Frei concernait 8 cas, qui tous donnèrent une réaction posi-

tive. Plus tard, Frei a publié, avec Hoffmann, 24 nouveaux cas, dont 23 avaient donné une réaction positive, et les résultats de Frei sont confirmés par divers auteurs, entre autres Alice Koppel, Hellerstrœm (48 cas) et Ruge (28 cas de bubon dit « climatérique »).

Peu après la publication de Frei, nous nous sommes mis en rapports avec lui, et il a été assez aimable pour nous envoyer une petite quantité d'antigène, avec lequel nous avons pu commencer nos recherches, à l'hôpital Rudolph Bergh. Plus tard, nous avons fait des expériences avec un antigène préparé par l'Institut sérothérapique de l'Etat danois suivant les indications de Frei. Dans plusieurs cas, nous avons employé les deux antigènes (celui de Frei et celui de l'Institut sérothérapique) en même temps sur le même malade, et nous avons obtenu, dans tous les cas, des résultats presque identiques.

Nos recherches ont porté sur :

A) 11 malades atteints de lymphogranulomatose inguinale subaiguë cliniquement typique;

B) 4 malades qui, d'après nous, avaient souffert autrefois d'une affection de cette sorte ;

C) 9 sujets-témoins.

Tous ces cas concernaient des hommes.

A. — *11 cas de lymphogranulomatose inguinale subaiguë*.

Chez 6 des malades de ce groupe, nous avons eu l'occasion d'observer nous-même la lésion initiale à l'entrée à l'hôpital. La petite ulcération était de la même nature que celle indiquée par Durand, Nicolas et Favre : une excoriation minimale, herpétoïde (nous l'avons décrite de la grosseur d'un grain de millet, d'une tête d'épingle ou d'un grain de chènevis), sans destruction assez profonde, sans induration, et dont les bords ne sont pas minés. On ne trouva pas de tréponèmes, ni de bacilles de Ducrey, et les auto-inoculations restèrent négatives. Des pansements à l'eau bouillie amenèrent très vite la guérison des ulcérations (excepté dans un seul cas dont nous donnerons plus loin l'observation).

Dans les 5 cas où la lésion initiale était déjà guérie lors de l'entrée à l'hôpital, les malades ont tous déclaré que la petite ulcé-

ration avait disparu spontanément et très vite (en l'espace de quelques jours à une semaine). Dans 3 cas, nous avons trouvé une petite cicatrice ; dans 1 cas, l'ulcération avait guéri sans laisser de trace ; nous manquons de renseignements en ce qui concerne le cinquième cas.

Quant à la période d'incubation de la lésion initiale, 5 malades seulement ont donné des indications assez précises. L'un d'eux disait que l'ulcération était survenue une semaine environ après le coït infectant, 2 indiquaient 2 semaines, et 2 autres 3 à 4 semaines après leur dernier rapport. Sept des malades avaient été contaminés pendant leur séjour dans des ports étrangers (2 à Barcelone, 1 à Séville, 1 à Odessa, 3 dans des ports africains ou brésiliens) ; 2 autres, qui avaient parcouru comme matelots un certain nombre de pays, ne savaient pas où ils avaient été contaminés ; 1 ne pouvait donner aucun renseignement, et 1 seulement déclara qu'il avait été contaminé à Copenhague.

En ce qui concerne l'apparition de l'adénite après celle de l'ulcération, l'interrogatoire des malades n'a donné que des résultats très imprécis. Quelques-uns disaient qu'ils avaient observé l'adénite à la même époque que l'ulcération, les autres qu'ils n'avaient constaté le bubon que 4 semaines environ après l'ulcération. En moyenne, on peut dire que, chez les sujets en question, il s'est écoulé 2 à 3 semaines entre l'apparition de l'ulcération et celle de l'adénite.

Les adénites se trouvaient à l'aine droite chez 6 malades, à l'aine gauche chez 3, et aux deux aines, où elles étaient apparues successivement, chez 2. Quant à la grosseur de la tuméfaction, elle variait de celle d'une noix chez 1 malade, à celle d'un œuf de poule chez 5, d'un œuf d'oie chez 2, et du poing chez 1. Chez 2 malades, on avait pratiqué, avant l'entrée à l'hôpital, une incision qui avait amoindri notablement la tumeur. Chez tous, la tuméfaction avait atteint plusieurs ganglions inguinaux, chez la plupart aussi les ganglions cruraux, et on pouvait sentir, au toucher, qu'elle était fixée profondément sous le ligament inguinal de Poupart.

Dans 9 cas, un ramollissement s'est produit à plusieurs endroits de la tuméfaction. Les parties ramollies se sont perforées spontanément chez 1 malade ; chez 5 autres, on a pratiqué une ponction afin d'obtenir du pus pour préparer le vaccin ; chez 2 autres on a fait une incision. Les fistules — ordinairement multiples — étaient

tantôt sèches, tantôt sécrétantes. Elles sont restées suppurantes jusque pendant 5 mois ; quelques-unes n'étaient pas encore guéries quand le malade a quitté l'hôpital. Elles avaient une profondeur de 3 à 4 centimètres. Seulement dans 1 cas, il y a eu résorption spontanée du pus formé. La peau recouvrant l'intumescence était d'une coloration rouge bleuâtre et le conglomérat des ganglions n'était pas vraiment douloureux, mais seulement un peu sensible à la pression et pendant la marche.

Nous avons pratiqué l'intradermo-réaction sur les 11 malades. Chez 1, nous avons employé seulement l'antigène de Frei ; chez 4, seulement l'antigène préparé par l'Institut sérothérapique ; et chez 6, les deux en même temps. Nous avons trouvé la réaction positive dans tous les cas (+, ++ ou +++). Parmi les 6 cas où l'antigène de Frei et celui de l'Institut sérothérapique ont été employés en même temps, l'intensité des deux réactions s'est montrée, dans 3 cas, tout à fait identique ; dans 1 cas, la réaction avec l'antigène de Frei a été caractérisée par ++ et la réaction avec l'antigène de l'Institut sérothérapique par + ; dans 2 cas, l'intensité de la réaction avec l'antigène de l'Institut a été de ++ et celle de la réaction avec l'antigène de Frei de +. Sept des réactions ont été répétées des semaines ou des mois après : l'intensité était restée la même dans 3 cas, elle était devenue moindre dans 1 cas et plus grande dans 3 cas.

Chez les 11 malades de ce groupe, tous atteints de lymphogranulomatose inguinale, on a pratiqué aussi, en même temps, une intradermo-réaction de Dmelcos. Cette réaction streptobacillaire a été purement négative chez 9 malades, mais positive chez 1 qui, d'après les renseignements obtenus, avait eu, 7 ans auparavant, un chancre mou ; chez 1 malade, enfin, la réaction de Dmelcos était négative lors de l'entrée à l'hôpital, mais s'est montrée positive le 13e jour. Nous reproduisons ci-dessous l'observation de ce cas particulièrement intéressant :

Homme, P..., entré à l'hôpital Rudolph Bergh le 28 août 1929. A eu autrefois une blennorragie, mais jamais d'autres maladies vénériennes, en particulier jamais de chancre ni de bubon. A observé, il y a 5 semaines, une petite ulcération à la verge. A peu près en même temps, les ganglions de l'aine droite commencèrent à gonfler. Lors de l'entrée, on a constaté, au prépuce, une petite ulcération grosse comme un grain de

chènevis, sans suppuration, sans destruction sous les bords et sans induration. On n'a trouvé ni tréponèmes ni bacilles de Ducrey, et une autoinoculation est restée négative. Les ganglions de l'aine droite formaient un conglomérat gros comme un œuf d'oie. Les intéguments étaient d'une couleur rouge bleuâtre. L'intumescence était un peu sensible à la pression. Au palper, on pouvait constater que la tuméfaction s'étendait au-dessous du ligament. A la partie supérieure de la tuméfaction, se trouvait un petit point mou. A l'aine gauche, un seul ganglion, non douloureux. Pas d'augmentation de volume du foie ni de la rate. Recherche hémologique : Leucocytes neutrophiles, 70 o/o ; lymphocytes, 22 o/o ; cellules éosinophiles, 1 o/o; monocytes, 5 o/o ; leucocytes basophiles, 2 o/o. On a fait une ponction sur la partie molle et on a aspiré un pus visqueux, qu'on a placé dans un verre stérilisé, pour la préparation du vaccin. Les réactions de Wassermann, de Σ et de Kahn ont été négatives, le 21 août, le 20 septembre et le 4 octobre.

Le 21 août, intradermo-réaction avec le Dmelcos sur l'épaule droite et intradermo-réaction avec l'antigène de la lymphogranulomatose sur l'épaule gauche. Le 23 août, la réaction du Dmelcos était négative, celle de la lymphogranulomatose positive (+).

Le 30 août, on constata fluctuation à la partie inférieure de la tuméfaction.

Le 2 septembre, l'ulcération, qui n'avait montré aucune tendance à la guérison, était devenue plus grande. Elle ressemblait à ce moment, cliniquement, tout à fait à un chancre mou. Interrogé, le malade avoua qu'il avait eu, le soir même qui précéda son entrée à l'hôpital (c'est-à-dire le 19 août), après avoir quitté son bateau, un rapport avec une fille qu'il avait trouvée dans un estaminet du port. Le râclage de l'ulcération montra, cette fois, des bacilles de Ducrey, mais pas de tréponèmes, et une auto-inoculation donna une pustule grosse comme un pois entourée d'un halo grand comme une pièce de 5 centimes en nickel.

Le même jour (2 septembre), on a pratiqué une intradermo-réaction de Dmelcos, qui donna, le 4, une réaction positive +(+).

Le 6 septembre, intradermo-réaction de lymphogranulomatose, qui donna, le 8, une réaction très forte : +++ (halo et pustule centrale).

Le 7, perforation spontanée du bubon, à sa partie inférieure.

Le 9, on constata la formation de 2 fistules.

Le 8 octobre, la fistule supérieure sécrétait toujours.

Le 15 octobre, la fistule était presque guérie. Le malade a quitté l'hôpital.

Dans ce cas, il n'est pas difficile d'interpréter l'observation : un malade (matelot) contracte, dans un port de la Méditerranée, une lymphogranulomatose inguinale. Une à deux semaines après le coït, il observe une lésion initiale minimale, d'aspect banal, accom-

pagnée d'une adénite qui croît lentement jusqu'à la grosseur d'un œuf d'oie. L'adénite a toutes les caractéristiques de la lymphogranulomatose inguinale, aussi les fistules. Lors de l'entrée du sujet à l'hôpital, l'aspect de l'ulcération correspond à celui décrit par Nicolas et Favre pour la lésion initiale de la lymphogranulomatose. A ce moment, l'ulcération n'a aucun des caractères du chancre mou ; en outre, l'absence de bacilles de Ducrey et les résultats négatifs de l'auto-inoculation et de l'intradermo-réaction de Dmelcos viennent encore confirmer qu'il ne s'agit pas de chancre mou. Mais le malade a, immédiatement avant son hospitalisation, contracté cette dernière affection, par une inoculation streptobacillaire dans la lésion initiale, pas encore guérie, de la lymphogranulomatose. Pour cette raison, l'ulcération ne guérit pas comme d'habitude, mais devient plus grande et prend successivement tous les caractères d'un véritable chancre mou ; on y trouve aussi des bacilles de Ducrey, et une auto-inoculation avec le pus du chancre donne une réaction fortement positive ; de même, la réaction du Dmelcos, autrefois négative, est devenue positive. Il s'agit donc d'un *chancre mixte de l'infection lymphogranulomatique et de l'infection streptobacillaire* ; c'est là, je crois, une association qui n'a pas encore été observée.

B. — *4 cas de lymphogranulomatose antérieure.*

Dans 3 de ces cas, il n'est pas douteux que les malades ont eu autrefois une lymphogranulomatose inguinale, car ils ont eu par exemple des bubons qui se sont perforés spontanément, avec fistules de longue durée. Nous avons constaté, à l'hôpital, des cicatrices inguinales multiples, reliquats de ces fistules. Chez 1 des malades, l'aine droite était le siège de 3 petites cicatrices et l'aine gauche d'une seule ; chez un autre, nous avons trouvé plusieurs cicatrices tout à fait minimes aux deux aines ; chez le troisième, les cicatrices de l'aine gauche étaient si rapprochées que la région avait un aspect « gaufré » ; à l'aine droite, ce malade portait une seule cicatrice.

Les 3 malades déclarèrent qu'ils avaient eu, en même temps que leur adénite, une toute petite ulcération, qui s'était guérie spontanément et très vite ; chez aucun d'eux, l'ulcération n'avait laissé de marque.

Le 4e malade avait été traité chirurgicalement. L'opération avait effacé notablement le vrai caractère de l'affection mais, vu que le bubon avait duré longtemps, le diagnostic rétrospectif de ce malade doit aussi être regardé comme certain.

Chez les 4 sujets, l'intradermo-réaction de Dmelcos fut négative, mais la réaction à l'antigène de lymphogranulomatose fut positive.

Trois des malades de ce groupe étaient entrés à l'hôpital pour syphilis, le 4e pour une dermatite aiguë. Leur infection lymphogranulomatique datait respectivement de 2, 6 et 10 ans; quant au 4e, il put seulement indiquer qu'il avait eu son adénite « il y a quelques années » (1).

C. — 9 sujets-témoins.

La quantité d'antigène lymphogranulomatique dont nous disposions ayant toujours été minime, nous n'avons pu pratiquer l'intradermo-réaction que sur 9 sujets-témoins. Tous ces malades étaient des hommes. Trois étaient hospitalisés pour blennorragie, 3 pour syphilis secondaire et 3 pour chancre mou avec bubon. Ces derniers donnèrent tous une réaction au Dmelcos très forte.

Chez 8 de nos sujets-témoins, la réaction de lymphogranulomatose fut purement négative. Chez 1, qui avait un bubon streptobacillaire, il se produisit, à l'endroit où on avait fait l'injection de l'antigène lymphogranulomatique, une petite infiltration, et nous avons caractérisé la réaction comme douteuse (±). La petite papule disparut très vite, tandis que l'infiltration consécutive à l'injection de Dmelcos resta pendant plusieurs jours.

Dans 3 de nos cas-témoins (2 syphilitiques secondaires et 1 blennorragique), nous avons donné, après la première injection intradermique négative, de l'iodure de potassium, pour rechercher s'il était possible de produire une pseudo-réaction. Dans les 3 cas, la seconde épreuve donna aussi une réaction négative.

Nos intradermo-réactions avec l'antigène lymphogranulomatique nous permettent les conclusions suivantes : l'antigène original de

(1) Cf. encore 4 cas de cette catégorie, communiqués plus loin. L'infection lymphogranulomatique remontait, dans un de ces cas, à 20 ans.

Frei, ainsi que les antigènes préparés suivant ses indications, produisent, chez des malades atteints de lymphogranulomatose inguinale, des réactions cutanées qui doivent être considérées comme spécifiques, car la réaction n'est positive que chez des malades qui ont dans le moment, ou ont eu autrefois, la maladie de Nicolas-Favre. Par contre, la réaction fait défaut chez des sujets qui n'ont pas ou n'ont pas eu cette affection. Il faut souligner que l'on trouve toujours une réaction de Frei négative dans tous les cas où les commémoratifs, l'examen objectif et une réaction positive de Dmelcos font supposer l'origine streptobacillaire d'une adénite existante ou pré-existante. La réaction a donc une grande valeur au point de vue du diagnostic et du diagnostic différentiel; elle a aussi une importance considérable pour le diagnostic rétrospectif, à cause de la rémanence très longue de l'allergie (jusqu'à 20 ans parmi les sujets examinés à l'hôpital Rudolph Bergh, jusqu'à 24 ans parmi les cas observés par Hellerström).

III. — L'ÉTIOLOGIE DU SOI-DISANT SYPHILOME ANO-RECTAL ÉCLAIRÉE PAR LES INTRADERMO-RÉACTIONS

En renvoyant à mes publications françaises (1) et danoises (2) sur la pathogénie et sur l'étiologie de l'affection décrite en 1875 par Fournier sous le nom de « syphilome ano-rectal », je ne donnerai ici qu'un résumé très court de mes recherches antérieures :

1° L'infiltration hyperplastique du rectum avec rétrécissement, notée en 1849 par le chirurgien danois Larsen et décrite, dans un article devenu classique, par Fournier, comme syphilome tertiaire, *n'est pas une affection syphilitique.* Argument irréfutable : 5 de mes 7 malades avaient contracté la syphilis plusieurs années *après* le début de leur affection ano-rectale. On a noté plus tard des cas semblables, ou des cas dans lesquels ni les commémoratifs, ni l'examen clinique, ni les recherches sérologiques n'ont décelé une infection syphilitique chez l'individu (Philipsen, Jersild (cas de Ludv. Nielsen), Alice Koppel, Fischer, etc.).

(1) O. Jersild, *Ann. de Derm.*, nº 2, 1920 et nº 11, 1921.
(2) O. Jersild, *Hosp. Tid.*, nº 46, 1925; nºs 44 et 47, 1926.

2° Tandis que l'attention de Larsen s'est fixée seulement sur l'état du rectum, Fournier a incorporé, dans l'image pathologique, aussi les altérations péri-anales. Mais il s'agit réellement, comme je l'ai démontré, d'un état pathologique encore plus complexe par l'association d'éléphantiasis vulvaire. Le syndrome complet (l'infiltration rectale, péri-anale et vulvaire) indique bien un processus anatomiquement déterminé, relevant d'une stase lymphatique entre les ganglions inguinaux et les ganglions ano-rectaux de Gerota, avec éléphantiasis consécutif intéressant la partie ampullaire du rectum aussi bien que les organes génitaux. L'examen histologique (Jersild, Hudelo, Philipsen, etc.) a confirmé cette supposition.

3° Les fistules péri-anales multiples, avec origine *au-dessous* du rétrécissement, et ordinairement sèches (Trélat), sont issues, d'après moi, de ganglions ano-rectaux suppurés, dont le pus a cheminé sur la paroi du rectum jusqu'à la région péri-anale.

4° Comme cause déterminante de la stase lymphatique, j'ai supposé une lésion de la région génito-rectale, avec adénite suppurée. Le siège ordinaire de cette lésion chez la femme, près des ganglions rectaux, explique la prédominance du sexe féminin (1). Quant à la nature de cette lésion, j'ai déclaré, en 1920 et 1921, ne rien savoir d'exact, sauf qu'elle doit être capable de produire un bubon suppuré (suivi d'occlusion ganglionnaire) dont la plupart de mes malades portaient des traces, et j'ai indiqué — à côté de lésions plus banales — comme la cause la plus probable, le chancre mou.

Telles étaient les conclusions auxquelles m'avaient conduit mes recherches antérieures. J'ai eu la satisfaction de voir que mes idées sur la pathogénie de l'affection ont été acceptées presque partout. Parmi les partisans français, on peut citer Hudelo, Clément Simon, Ravaut, Darier, Brocq, etc. (2).

(1) Les quelques cas de syphilome ano-rectal observés chez l'homme se rapportent sans doute à une lésion anale résultant de pratiques sodomiques (Louste, *Bull. de la Soc. franç. de Derm.*, 1924, p. 140; Jersild, pièce nécroscopique).

(2) Un chirurgien néerlandais, Roegholt, a publié, en collaboration avec un médecin danois, Pock Steen, au service de la Hollande, à Java, quelques recherches sur le syphilome ano-rectal, appelé par lui « le syndrome génito-rectal ». Les opinions de Roegholt sont d'une ressemblance assez étonnante avec les miennes pour ce qui concerne l'étiologie, la pathogénie et la nature

Dans l'article paru aux *Archiv für Dermatologie und Syphilis* (1927, p. 179), où il a publié ses recherches sur l'intradermo-réaction avec l'antigène de la lymphogranulomatose, Frei écrit (dans une note à la page 190) : « Peut-être s'agit-il, dans le syphilome ano-rectal de Fournier, chez la femme, d'une lymphogranulomatose des ganglions rectaux. Le processus chronique infiltratif et éléphantiasique de la partie inférieure du rectum, du périnée, et accidentellement des organes génitaux, avec fistules, n'est pas, d'après Jersild, d'origine syphilitique, mais provient d'altérations des ganglions ano-rectaux de Gerota ».

Lorsqu'en 1920 j'ai déclaré que le chancre mou était la cause principale du syphilome, les recherches de Durand, Nicolas et Favre sur la lymphogranulomatose inguinale m'étaient encore inconnues, comme elles l'ont été aussi de la plupart des dermatologistes jusqu'en 1921, année à partir de laquelle on a commencé à faire des communications.

Donc, parmi les affections des régions génitales s'accompagnant d'une adénite suppurative, il était naturel de penser, en premier lieu, au chancre mou comme cause des altérations.

Plus tard, Frei a effectué des recherches sur l'étiologie de l'éléphantiasis ano-rectal à l'aide de son antigène. Les premiers résultats qu'il a publiés, en 1928 (avec Mlle Alice Koppel), concernaient 5 cas : 3 de syphilome ano-rectal et 2 d'esthiomène. Cette dernière maladie, étudiée surtout en France, a été décrite par Koch comme la conséquence d'une stase lymphatique provenant d'une destruction des ganglions inguinaux (extirpation chirurgicale du paquet) ; elle est classée maintenant par Darier à côté du syphilome ano-rectal, comme une sorte de « pendant » à cette maladie. Les 5 cas mentionnés donnèrent tous une réaction positive avec l'antigène de Frei ; 4 donnèrent une réaction négative avec le vaccin de Ducrey et 1 une réaction positive ; dans ce dernier cas, il s'agissait d'un sujet qui avait eu autrefois un chancre mou.

De ses recherches, Frei conclut qu'il doit exister une relation

de l'affection en question. Dans les articles de Roegholt, j'ai cherché en vain un renvoi à mes travaux, parus, en français, six ans avant que Roegholt ait publié ses idées, parmi lesquelles on trouve aussi des postulats que je ne veux pas reconnaître comme miens. « Quem recitas, meus est, o Fidentine, libellus, sed male cum recitas, incipit esse tuus » (MARTIAL).

entre la lymphogranulomatose inguinale et le soi-disant syphilome ano-rectal. D'après lui, ce n'est pas par un effet du hasard que ces deux maladies, qui sont toutes les deux très rares, se rencontrent simultanément chez le même individu. La même année, Frei a communiqué, à la Société dermatologique silésienne, un nouveau cas de syphilome ano-rectal (cette fois chez un homme). Il a trouvé aussi chez ce malade une réaction de lymphogranulomatose positive.

En 1929, à la Société allemande de Dermatologie de la République tchécoslovaque, Mlle Alice Koppel a parlé du syphilome ano-rectal et de la lymphogranulomatose inguinale. A côté des 5 cas déjà publiés par Frei et elle-même, elle a donné les observations de 3 nouveaux cas. Tous les sujets étaient des femmes, qui avaient eu une lymphogranulomatose inguinale cliniquement typique. Elles donnèrent toutes une réaction lymphogranulomatique positive. 2 des cas ressortissaient, selon moi, à la catégorie des esthiomènes ; le troisième, avec cicatrices multiples à l'aîne droite, sécrétions sanguino-purulentes du rectum et tumeurs péri-anales, ressemblait assez à un syphilome ano-rectal, bien qu'il n'ait pas été expressément mentionné que l'on ait trouvé un rétrécissement rectal chez la malade. Dans ce dernier cas, l'intradermo-réaction streptobacillaire était négative, et on pouvait éliminer la syphilis, la blennorragie et la tuberculose. Pour ces raisons, Alice Koppel soutient que la lymphogranulomatose inguinale doit être regardée comme la seule cause étiologique, dans ce cas.

A la suite de la communication de Mlle Koppel, Samek, de Prague, signala un cas semblable chez une femme de 33 ans, qui avait des difficultés de défécation et des écoulements de sang et de pus par le rectum. Il a trouvé chez cette malade, à 5 centimètres au-dessus de l'anus, un rétrécissement. L'intradermo-réaction de Frei était positive. Fischer a communiqué également l'observation d'un cas de syphilome ano-rectal, avec rétrécissement à 4 centimètres au-dessus du sphincter et infiltrations papillomateuses de la paroi rectale ; la malade n'avait jamais eu la vérole ; sa réaction de Wassermann était négative, ainsi que sa réaction avec la luétine ; la réaction de Frei était positive et l'intradermo-réaction streptobacillaire négative. En 1929, Frei a publié encore 2 cas : 1 cas d'esthiomène, et 1 cas de ce qu'il appelle syphilome ano-rectal

« abortif » ; les 2 cas donnèrent une réaction positive avec l'antigène lymphogranulomatique.

D'après les observations rapportées ci-dessus, il paraît fort probable que la cause déterminante du syphilome ano-rectal soit la lymphogranulomatose plutôt que le chancre mou, comme je l'avais supposé autrefois. Il était donc pour moi d'une importance capitale d'essayer de retrouver les malades atteintes de syphilome anorectal dont j'avais jadis publié les observations, afin de pratiquer des intradermo-réactions de Dmelcos et de lymphogranulomatose. Sur les 7 femmes dont j'ai parlé dans mes articles publiés aux *Annales de Dermatologie*, 4 étaient mortes (voyez les observations I, IV, V et VI) ; étaient mortes également 2 femmes observées plus tard à Copenhague, l'une par le docteur Philipsen, l'autre par le médecin en chef Bing ; le sujet de l'observation II avait émigré en Amérique ; restaient donc les cas n°s III et VII. J'ai réussi à les retrouver et à les examiner. Les deux observations sont très intéressantes et je les reproduis ici en résumé. Je commence par l'observation VII (*Annales de Dermatologie*, 1921, n° 11) :

Obs. VII. — Femme P. A..., née le 26 mars 1902. *Premier séjour à l'Hôpital Rudolph Bergh* du 9 juillet au 15 août 1919. Déflorée au mois de septembre 1918, à l'âge de 16 ans 1/2. De septembre à Noël, rapports avec 3 ou 4 matelots. Vers Noël, elle a ressenti des douleurs au moment du coït, comme si elle avait une ulcération ou une rupture à l'entrée du vagin.

Au mois de janvier 1919, elle a observé un gonflement ganglionnaire douloureux des 2 plis inguinaux. Au bout de 15 jours, perforation spontanée de 3 bubons : 2 à gauche, 1 à droite. Au cours du printemps de 1919, gonflement des organes génitaux et de la région péri-anale. A l'hôpital, on a constaté une cicatrice dans la région crurale droite, une autre dans la région crurale gauche et, en outre, une troisième à l'aine gauche. Les organes génitaux montraient un gonflement éléphantiasique dur des grandes lèvres (surtout de la lèvre gauche), du prépuce du clitoris et de la petite lèvre gauche. Autour de l'anus, se trouvait un bourrelet de tumeurs solides (fig. 1). A la commissure postérieure, une petite ulcération (tréponèmes : —, bacilles de Ducrey : —, auto-inoculation : —). L'infiltration péri-anale avait envahi le sphincter jusqu'à une hauteur de 1 centimètre. Au-dessus de cet anneau, les parois rectales étaient molles et sans infiltration. Pas de rétrécissement ; pas de sécrétion rectale ; pas de difficulté des selles. On ne trouva pas de gonocoques, ni au rectum (11 recherches microscopiques), ni à l'urèthre, ni à l'utérus (6 recherches microscopiques). A cette époque, la malade ne présentait aucun

symptôme clinique de syphilis et sa réaction de Wassermann fut négative 4 fois.

Après sa sortie de l'hôpital, le 15 août 1919, la malade est venue régulièrement à la Policlinique pour être observée. Le 10 septembre, on trouva par exploration, dans la paroi du rectum, un petit corps rond, gros comme un pois et sensible au toucher ; l'examen faisait supposer un ganglion ano-rectal de Gerota enflammé. Le 8 janvier 1920, l'infiltration au-dessus du sphincter avait augmenté et atteignait 2 centimètres. La réaction de Wassermann était toujours négative.



Fig. 1.

Deuxième séjour à l'Hôpital Rudolph Bergh : du 28 mars au 20 avril 1920. La malade, qui servait comme fille de salle dans un estaminet du port, a contracté la syphilis. Elle présente : fissure indurée (tréponèmes : +) de la lèvre inférieure avec adénopathie sous-maxillaire double, syphilides papulo-maculeuses, plaques muqueuses génitales et buccales. Réaction de Wassermann fortement positive. A l'entrée à l'hôpital, pas de syphilide pigmentaire ; mais à la sortie la malade présentait une légère syphilide pigmentaire du cou (au moment où on pouvait

s'attendre à voir apparaître ce symptôme, d'après l'âge de l'infection). A la sortie, la réaction de Wassermann était devenue négative.

Pendant ce deuxième séjour, on constata une augmentation de l'éléphantiasis génito-anal et un peu d'infiltration de la paroi rectale, à droite. Au toucher, on pouvait toujours constater la présence du petit ganglion rectal.

Troisième séjour à l'hôpital Rudolph Bergh : du 16 septembre au 7 octobre 1920. La syphilide pigmentaire a augmenté. Pas de symptômes syphilitiques. Réaction de Wassermann négative. Pas de gonocoques, ni au rectum, ni à l'urèthre, ni à l'utérus.

A cette époque, l'exploration du rectum révéla, sur la paroi rectale, une colonne infiltrée, légèrement sensible, de forme triangulaire, s'étendant de l'infiltration annulaire péri-anale, où était sa base, jusqu'à une hauteur de 3 à 4 centimètres à droite et en arrière de l'intestin. A l'angle supérieur de ce triangle, se trouvait toujours le petit ganglion rectal. D'ailleurs, les parois rectales étaient normales et il n'y avait pas de rétrécissement.

L'observation en était là, lorsqu'en 1921 je publiai le cas. On me reprocha plus tard d'avoir parlé de syphilome ano-rectal (Rovsing, Bibliothek for Læger, août 1926), en me faisant remarquer « que le cas n'avait pas de relations avec l'affection typique de Fournier, parce qu'on ne trouvait pas de rétrécissement ». Or si la dernière partie de cette phrase de Rovsing était exacte, la première ne l'était pas, comme le montre la suite de l'observation faite à la policlinique de l'hôpital Rudolph Bergh, où la malade revint se faire soigner pour sa syphilis.

Suite. — 20 février 1928 : la patiente a éprouvé des symptômes subjectifs du côté du rectum, au cours des dernières années. Elle a souvent de l'incontinence stercorale, mais ne présente pas de véritables symptômes de rétrécissement ; il lui faut cependant recourir souvent aux purgatifs.

Le gonflement des parties génitales, surtout du côté gauche, et celui des intumescences péri-anales ont augmenté notablement. Au toucher rectal, on constate une infiltration mamelonnée des parois du rectum, jusqu'à une hauteur de 2 centimètres, toutefois un peu plus haut à droite. Le calibre du rectum est un peu amoindri là où se trouve l'infiltration, mais il n'y a encore aucun rétrécissement véritable. L'infiltration s'étend du périnée et de la région péri-anale vers les fesses.

1929, 18 juin : on trouve maintenant un *rétrécissement fibreux* dans le rectum, à 4 centimètres au-dessus du sphincter. On peut faire entrer le bout du doigt, mais le rétrécissement ne permet pas de le pousser plus

loin, à cause de la douleur provoquée. Après l'exploration, écoulement de pus mélangé de sang (1).

Intradermo-réaction (antigène de Frei) à la partie supérieure du bras droit.

Intradermo-réaction (antigène lymphogranulomatique de l'Institut sérothérapique), à la partie inférieure du bras droit.



Fig. 2.

(1) Dans mon article de 1921 (*Annales de Dermatologie*, nº 11, 1921, p. 444), j'ai prédit l'évolution de ce cas exactement comme elle s'est produite ; j'écrivais alors : « Dans 5 à 10 ans, toute la chaîne de ganglions au-dessous de la poche du péritoine pourra être affectée et la rétraction des tissus périganglionnaires établie. Alors, nous nous trouverons en face de l'image classique du syphilome ano-rectal de Fournier, avec son rétrécissement du rectum et ses complications ultérieures ».

Intradermo-réaction (Dmelcos) sur le bras gauche.

20 juin : réactions fortement positives aux endroits respectifs des injections d'antigènes de lymphogranulomatose (infiltration papuleuse avec halo érythémateux de 3 1/2 à 4 centimètres de diamètre (fig. 2). Aucune réaction là où l'on a fait la piqûre au Dmelcos.

Ce cas de soi-disant syphilome ano-rectal, où la malade, qui n'a jamais eu de blennorragie, a été suivie dès le commencement de son affection rectale, avant d'avoir contracté la syphilis, et jusqu'à l'apparition du rétrécissement, éclaire pas à pas la marche du mal telle que je l'ai indiquée il y a dix ans.

Pour donner un aperçu complet de ce cas, nous résumons ci-dessous, chronologiquement, les phases de son évolution :

Fin 1918 et 1919 : lésion de la commissure postérieure, adénite suppurée inguinale double, perforation spontanée à 3 endroits, éléphantiasis génito-anal. Comme début de l'éléphantiasis rectal, un seul ganglion de Gerota gonflé et sensible dans la paroi du rectum.

Commencement de 1920 : infection syphilitique (chancre induré de la lèvre inférieure avec tréponèmes, éruption secondaire, Wassermann positif), confirmation de l'époque de l'infection syphilitique par l'apparition d'une syphilide pigmentaire à terme.

Fin 1920 : développement continu de l'éléphantiasis génito-anal – début de l'éléphantiasis rectal : infiltration triangulaire de la paroi droite du rectum avec le ganglion de Gerota au sommet, la base rejoignant l'infiltration péri-anale.

1928 : symptômes subjectifs du côté du rectum : difficulté des selles, incontinence stercorale — infiltration mamelonnée des parois rectales — pas encore de rétrécissement rectal.

1929 : rétrécissement rectal fibreux à 4 centimètres au-dessus du sphincter — sécrétion sanguino-purulente — intradermo-réaction de lymphogranulomatose + +, intradermo-réaction de Dmelcos – .

L'autre cas qu'il nous a été possible de retrouver était celui désigné sous le n° 111 (*Annales de Dermatologie*, n° 2, 1920). De l'ancienne observation, nous donnons ci-après un court résumé :

Obs. III. — M. N.., femme mariée, née le 26 juillet 1892. Transférée de l'hôpital de Bispebjerg à l'hôpital Rudolph Bergh le 4 octobre 1918, pour syphilome ano-rectal.

Pendant les 3 dernières années, écoulements de sang et de pus avec les selles et douleurs au moment de la défécation. Examen objectif : cicatrice à l'aine gauche, après bubon incisé en 1912 ; éléphantiasis dur génital et péri-anal ; orifice d'une fistule sèche à gauche de l'anus (fig. 3) ; infiltra-

tion mamelonnée rectale ; rétrécissement qui ne permet d'introduire que le bout du doigt, à 4-5 centimètres au-dessus du sphincter ; dilatation supra-sténotique (révélée par examen radiographique). La fistule s'étend dans la paroi du rectum jusqu'à 1 centimètre *au-dessous* de la sténose.

Au moment où la patiente est entrée à l'hôpital Rudolph Bergh, elle présentait des symptômes d'une syphilis âgée tout au plus de quelques mois (plaques muqueuses (avec tréponèmes) aux organes génitaux et autour de l'anus, syphilides papulo-maculeuses, syphilides érosives des lèvres, maux de tête, périostite crânienne, réaction de Wassermann fortement positive).



Fig. 3.

Confrontation avec la source de contamination (le mari). Résultat de l'examen : induration du sillon balano-préputial, syphilides papulo-maculeuses, syphilide pigmentaire du cou, réaction de Wassermann fortement positive. A contracté sa syphilis par un rapport extramatrimonial, il y a 4 ou 5 mois. A eu en outre, en 1912, un chancre (mou?) avec bubon gauche.

Les 2 enfants de la malade (5 et 6 ans en 1918) étaient sains et donnaient une réaction de Wassermann complètement négative.

La malade a quitté l'hôpital le 21 décembre 1918.

Suite de l'observation

21 novembre 1929. La patiente déclare qu'elle n'a fait que 30 frictions après sa sortie de l'hôpital, le 21 décembre 1918. Sa réaction de Wassermann a été négative à plusieurs reprises. Pendant un certain temps après son séjour à Rudolph Bergh, elle a encore eu des difficultés des selles et a observé des modifications de la forme des matières fécales, ainsi que des écoulements de sang et de pus par le rectum ; elle a eu fréquemment des ténesmes rectaux. Mais tous ces symptômes ont disparu peu à peu au cours des années. Ces derniers temps, les fonctions rectales étaient devenues tout à fait normales, bien qu'il lui faille employer quelquefois des laxatifs. Elle a constaté elle-même que le gonflement génital a rétrogradé peu à peu, mais elle n'a pas fait attention à l'infiltration péri-anale, ni à la fistule. Elle a accouché il y a 8 ans 1/2 ; la grossesse et l'accouchement ont été normaux et l'enfant se porte bien.

Elle a un aspect tout à fait sain. Les grandes lèvres qui, en 1918, étaient très gonflées et dures comme du cuir, sont redevenues molles. Les tumeurs péri-anales, dont les tissus étaient, en 1918, durs et infiltrés, existent encore, mais elles sont maintenant flasques et molles au toucher. La fistule s'est fermée et l'infiltration rectale mamelonnée a disparu. La partie ampullaire est peut-être un peu moins large que la normale, surtout à l'endroit où était autrefois le rétrécissement et où on peut sentir, avec le doigt, une petite éminence de la muqueuse ; mais les parois sont molles et souples. A l'aine gauche, se trouve toujours la cicatrice longue de 1 cm. 1/2, reliquat de l'incision du bubon en 1912. La réaction de Wassermann est négative.

On a pratiqué des injections de deux différents antigènes de lymphogranulomatose préparés par l'Institut sérothérapique, à deux endroits de la partie supérieure du bras gauche, et une injection de Dmelcos sur le bras droit de la malade. Le 23 novembre, on a constaté une réaction fortement positive (++ et +++) aux endroits des piqûres à l'antigène lymphogranulomatique (1) (des papules infiltrées, grandes respectivement comme une pièce de 50 centimes et comme une pièce de 10 centimes en nickel, avec un halo érythémateux d'un diamètre allant jusqu'à 3 centimètres, vésicule centrale au sommet de l'une des papules). Les infiltrations restèrent à peu près invariables jusqu'au 4 décembre, mais leur couleur était passée au rouge brunâtre et le halo érythémateux avait disparu. Sur le bras droit, se trouvait le 23 novembre, là où l'on avait injecté le Dmelcos, une petite papule de la grandeur d'une lentille, peu infiltrée et sans halo. La réaction avait disparu le lendemain (24 nov.) et

(1) Les deux antigènes ont été contrôlés, le même jour, sur 3 patients qui n'avaient pas eu de lymphogranulomatose inguinale. Leurs réactions furent toutes trois complètement négatives.

son caractère de réaction protéinique fut confirmé par une nouvelle injection de Dmelcos faite le 4 décembre, qui donna un résultat absolument négatif.

Le mari de la malade, E. N..., est venu à la consultation de notre policlinique le 9 décembre 1929. Le bubon qu'il a eu en 1912 (il avait à cette époque des rapports avec celle qui était alors sa fiancée et qui devint plus tard sa femme) a laissé deux petites cicatrices à l'aine gauche et plusieurs petits ganglions indolores, allant jusqu'à la grosseur d'une noisette, au-dessus et au-dessous du ligament. Il déclare que l'adénite a été volumineuse, d'une durée très longue et qu'elle s'est perforée spontanément sur deux points. Sa réaction de Wassermann est maintenant négative. On lui a injecté, au bras gauche, les deux mêmes antigènes de lymphogranulomatose qu'on avait employés pour la femme, et on a fait, au bras droit, une piqûre au Dmelcos. Lecture le 11 décembre : on constate une réaction positive (+ +) (grand infiltrat avec halo) aux endroits des injections d'antigène lymphogranulomatique, tandis que l'injection de Dmelcos donne une réaction négative.

Donc, là encore, la malade a, sans contradiction (cf. le résultat de l'examen de la source de contamination), contracté sa syphilis plusieurs années après (3 ans) l'apparition de ses altérations rectales qui avaient, à ce moment-là, déjà atteint un degré notable de développement, et il s'agit bien également dans ce cas — ainsi que les intradermo-réactions positives l'ont confirmé — d'une infection lymphogranulomatique (vieille de 17 ans) chez la patiente et chez son mari.

Mais l'observation est doublement intéressante, du fait que, dans l'intervalle de 10 ans séparant les deux examens, il s'est produit une résorption presque complète des infiltrats éléphantiasiques, de telle sorte qu'on peut véritablement parler de guérison spontanée. Cette issue, sans doute exceptionnelle, d'un syphilome ano-rectal pouvait donner à penser que le diagnostic porté en 1918 n'était pas exact. Mais le doute n'est pas permis à cet égard, car l'état de la malade (rétrécissement, infiltration rectale, etc.) a été jugé tout à fait de la même manière au service médical B de l'hôpital de Bispebjerg où la malade est passée tout d'abord, au service chirurgical A du même hôpital où elle a été transférée ensuite, et enfin à l'hôpital Rudolph Bergh. Les bulletins de tous ces services contiennent des renseignements absolument concordants sur les difficultés de défécation et l'écoulement de sang et de pus par le rectum. Le bulletin du service chirurgical de l'hôpital de Bispebjerg donne une

idée de la nature très grave du rétrécissement, par cette notice qui porte la date du 27 septembre : « On s'est décidé à tranférer la malade à l'hôpital Rudolph Bergh, mais elle pourra être renvoyée au service chirurgical pour y subir une colostomie, si les difficultés des selles persistent ».

Fournier écrit (*Traité de la syphilis*, t. II, fasc. II, p. 554), après avoir cité des observations semblables de Vidal, Godebert, Guérin, Verneuil et Trélat : « De même, j'ai vu le syphilome rectal, non pas guérir assurément, mais rétrocéder, s'amoindrir comme étendue et comme volume, se résorber partiellement, et en définitive (cela est l'essentiel) ne pas aboutir à la stricture fibreuse rétractile qui constitue ici le véritable danger de la lésion ». Il termine en disant : « Sans doute, de tels faits sont bien peu nombreux, je dirai même exceptionnels ».

On voit donc, par les communications de Fournier et d'autres auteurs, que les infiltrations éléphantiasiques peuvent se résorber dans quelques cas très rares, surtout lorsqu'il ne s'est pas encore formé de rétrécissement fibreux. Les cas de cette dernière espèce sont toujours extrêmement graves et amènent rapidement la mort (cf. pourcentage de 62,5 o/o de morts parmi les cas observés par nous, concernant presque uniquement des femmes très jeunes).

Pour Fournier, il n'est pas douteux que la résorption des infiltrats, accomplie au cours d'une cure spécifique énergique (mercure + iodure de potassium) soit le résultat direct de son traitement. Dans notre cas, où toute pensée d'une nature syphilitique du mal doit être exclue, cette explication ne saurait être envisagée. On peut supposer que la suppuration ganglionnaire s'est arrêtée tôt, à un moment où le déversement par des lymphatiques collatéraux était encore possible ; mais on peut aussi penser que la cure d'iodure de potassium à laquelle la malade a été soumise pendant son séjour à l'hôpital Rudolph Bergh, comme élément de son traitement antisyphilitique, a eu une influence heureuse sur la guérison de l'affection ganglionnaire et sur la résorption des infiltrats. En effet, nous avons observé (de même que Ravaut), que les préparations à l'iode sont des remèdes quelquefois efficaces contre la lymphogranulomatose inguinale, surtout pendant les phases initiales de cette maladie.

Enfin, nous communiquons l'observation d'un cas dans lequel

nous avons pu fournir une sorte de preuve rétrospective qu'un syphilome ano-rectal, chez une des femmes aujourd'hui décédées, avait eu pour cause, selon toute probabilité, une lymphogranulomatose inguinale. L'observation, communiquée à la Société danoise de Chirurgie par le Dr Philipsen, se rapporte à une malade soignée autrefois au service chirurgical A de l'hôpital de Bispebjerg ; du bulletin de ce service, nous extrayons les lignes suivantes :



Fig. 4.

K. M. D..., femme mariée, âgée de 45 ans, entrée le 18 janvier 1924 à l'hôpital de Bispebjerg. N'a jamais eu de syphilis, ni de blennorragie. Depuis 6 ans, difficultés de défécation, accompagnées, dans les derniers temps, de douleurs, vomissements, amoindrissement du calibre des selles et écoulements sanguino purulents du rectum. A l'examen objectif, on a constaté : tuméfaction éléphantiasique génitale : tumeurs péri-anales, infiltration mamelonnée de la paroi rectale, rétrécissement rectal à 3-4 centimètres au-dessus de l'anus et fistule rectale (fig. 4). Pas de

gonocoques dans l'urèthre, ni dans la sécrétion rectale. Aucun signe clinique de syphilis, congénitale ou acquise. Réaction de Wassermann négative. Dans les deux aines, 2 cicatrices déprimées, de la grandeur d'un grain de chènevis. Déclare qu'elle a eu, il y a 15 ans, deux bubons spontanément perforés. Son mari, qui est, selon ses dires, la seule personne avec qui elle a eu des rapports, a eu en même temps qu'elle un bubon semblable. Interrogé, le mari a avoué qu'il avait contracté, par un coït extra-matrimonial, un chancre qui guérit très vite, sans soins médicaux, et qui était accompagné d'un bubon inguinal. Sa réaction de Wassermann est négative, comme aussi une réaction pratiquée sur un enfant né du mariage.

Au service chirurgical de Bispebjerg, on a fait une colostomie. Pendant l'opération, on a constaté, dans l'infiltrat rectal, des ganglions durs de Gerota. L'examen d'un morceau extirpé a relevé une inflammation simple, avec des lymphatiques considérablement dilatés. On n'a trouvé, dans les préparations histologiques, ni spirochètes, ni tubercules, ni altérations de nature cancéreuse.

Le mari de la patiente, D..., cocher, est convoqué à la policlinique de Rudolph Bergh où il se présente le 31 décembre 1929. Il explique que sa femme est morte à son domicile, le 25 septembre 1927. Elle était devenue de plus en plus faible et avait beaucoup maigri, bien que l'anus artificiel eût fonctionné d'une manière satisfaisante. Elle avait continuellement eu des sécrétions rectales de pus. On a trouvé sur lui deux petites cicatrices inguinales, à gauche, et plusieurs ganglions durs, allant de la grosseur d'un pois à celle d'un haricot. Aucune cicatrice de chancre à la verge.

On a pratiqué, le 31 décembre 1929, des injections de deux antigènes de lymphogranulomatose (préparation de l'Institut sérothérapique) sur son bras gauche et une injection de Dmelcos sur son bras droit.

Le 2 janvier 1930, réactions faiblement positives correspondant aux deux injections d'antigènes lymphogranulomatiques (papules de la grandeur d'une lentille, sans halo). Réaction de Dmelcos négative.

Pensant que nos antigènes de lymphogranulomatose, qui étaient vieux de plusieurs mois, pouvaient avoir perdu de leur activité, j'ai prié le Professeur Frei de vouloir bien m'envoyer un autre échantillon de son antigène; il a très aimablement accédé à cette demande, et je lui en suis très reconnaissant. Avec l'antigène reçu de Berlin, nous avons pratiqué une nouvelle injection, le 7 janvier 1930. A ce moment, les deux papules consécutives aux injections faites le 31 décembre étaient encore visibles et palpables; elles étaient même devenues plus grandes, plus infiltrées et d'un rouge un peu foncé. Le 9 janvier, on a constaté, à l'endroit de la piqûre à l'antigène de Frei, un nodule rouge, gros comme un pois, mais également sans halo. La réaction était donc, comme les précédentes, faiblement, mais indubitablement positive. Le 11 janvier, la papule de Frei était devenue plus grande, plus résistante, et son centre était un

peu déprimé. Le même jour, les deux anciens infiltrats étaient encore palpables.

Les trois observations rapportées ci-dessus, dans lesquelles on peut exclure la syphilis et la blennorragie comme causes déterminantes de la maladie, aussi bien que le chancre mou (intradermo-réaction négative de Dmelcos), permettent de penser, en les rapprochant des cas publiés par Frei et par d'autres auteurs, que, puisque tous les cas d'éléphantiasis génito-ano-rectal examinés jusqu'ici ont donné une réaction positive avec l'antigène de Frei, il y a toute probabilité pour que l'infection provoquant les occlusions ganglionnaires suivies d'éléphantiasis soit une lymphogranulomatose inguinale, en relation avec un processus de même ordre dans les ganglions ano-rectaux de Gerota.

On me demandera peut-être si le déplacement du centre de gravité étiologique du chancre mou à la lymphogranulomatose inguinale a affaibli ou renforcé l'hypothèse pathogénique que j'ai émise en 1920. Je répondrai qu'elle y a gagné sans conteste une base plus solide, en ce que certains traits de l'éléphantiasis génito-ano-rectal s'expliquent beaucoup mieux en supposant une infection lymphogranulomatique qu'une infection streptobacillaire. Nous attirons ainsi l'attention sur les points suivants :

1° Pour que la stase lymphatique et le développement consécutif de l'éléphantiasis puissent se produire, il est nécessaire, selon l'hypothèse, qu'il y ait une occlusion ganglionnaire intéressant plusieurs (sinon tous) les ganglions des différents paquets. Or la lymphogranulomatose, avec son infection pluriglandulaire, remplit beaucoup mieux cette condition que le chancre mou, dont le bubon ne renferme qu'un ou deux ganglions inflammés.

2° Les fistules péri-anales sont décrites par Trélat comme caractéristiques du syphilome ano-rectal. Dès ma première publication, j'ai fait remarquer que ces fistules, souvent multiples et toujours placées *au-dessous* du rétrécissement, sont issues de ganglions ano-rectaux suppurés dont le pus a cheminé jusqu'à l'anus. Quand le ganglion a vidé son contenu, la fistule ne donne plus passage à du pus ; elle devient sèche, trait caractéristique de ces fistules. Nous trouvons, dans la lymphogranulomatose inguinale, des fistules analogues, généralement aussi multiples, dans les régions inguinales,

et il est démontré que ces fistules inguinales ont tout à fait la même origine que celle que j'ai supposée pour les fistules rectales.

3° Tandis qu'il était autrefois très difficile d'expliquer pourquoi le syphilome était une maladie si rare alors que le chancre mou était une affection assez répandue, même chez la femme, il devient maintenant facile de comprendre cette rareté, en admettant comme infection déterminante la lymphogranulomatose, maladie elle-même fort peu fréquente.

Le fait que le « syphilome » se rencontre presque uniquement chez la femme et la lymphogranulomatose inguinale le plus souvent chez l'homme semble avoir provoqué chez Frei une certaine hésitation concernant la nature lymphogranulomatique du syphilome. D'après moi, ce scrupule n'est pas fondé. Comme je l'ai indiqué plusieurs fois, la prédominance du sexe féminin provient de ce que la lésion initiale n'est pas située au même endroit chez l'homme et chez la femme. Chez cette dernière, l'infection a lieu plus près du rectum et de ses ganglions que chez l'homme. C'est donc exclusivement aux circonstances anatomiques qu'il faut attribuer la différence de fréquence de cette affection chez l'homme et chez la femme.

*
* *

La marche de la maladie dans le cas décrit plus haut comme observation III fait espérer que le pronostic de cette affection (et celui de l'esthiomène, sans doute forme incomplète du syphilome de Fournier) n'est pas si défavorable qu'on le supposait jadis, et qu'une thérapeutique se trouvera peut-être aussi pour ce mal, considéré comme incurable. Mais la première condition d'une thérapeutique efficace est ici, comme toujours en médecine, que l'étiologie et la pathogénie de la maladie soient suffisamment éclairées. Cette condition semble remplie, aujourd'hui par les publications de Nicolas, Frei et moi-même.

Il est difficile de dire dès maintenant par quels moyens on pourra intervenir. On peut envisager un traitement ioduré (cf. observation III) ou un traitement vaccinal spécifique (1) analogue au

(1) Cf. résultats obtenus par Kitchewatz et Hermans en ce qui concerne la lymphogranulomatose inguinale.

traitement par le Dmelcos du chancre mou et de son bubon. Une chose est cependant sûre : pour obtenir un bon résultat, il faut commencer le traitement très tôt, avant que tous les ganglions soient atteints, avant que le blocus ganglionnaire par suppuration, en avant dans les aines et en arrière au rectum, soit établi d'une façon si complète que la résorption des infiltrats éléphantiasiques soit devenue impossible. Il s'agit donc de porter le diagnostic de la lymphogranulomatose inguinale, cause probable du « syphilome », aussi tôt que possible, par l'intradermo-réaction de Frei. Toute excoriation, si minime qu'elle paraisse, toute rupture, même de l'aspect le plus banal, située chez une femme près de la commissure postérieure, au périnée ou aux environs de l'anus, doit toujours être regardée comme suspecte et surveillée, surtout si les recherches de tréponèmes ou de bacilles de Ducrey, aussi bien que l'auto-inoculation, ont donné des résultats négatifs. S'il se produit, après un laps de temps de deux à trois semaines un gonflement ganglionnaire, il faut tout de suite pratiquer des injections intradermiques avec le Dmelcos et avec l'antigène de lymphogranulomatose. Car on ne doit rien négliger pour diagnostiquer de bonne heure et traiter précocement cette infection, qui peut être suivie d'un éléphantiasis ano-rectal, affection latente jusqu'au moment où les symptômes du rétrécissement apparaissent et où les seuls moyens de soulager la malade deviennent alors la dilatation par bougie et la colostomie.

BIBLIOGRAPHIE

BORBERG (N. C.). — Om Luetinreaktion og Jodvirking, *Bibl. f. Læger*, 1917.

BROCQ. — *Précis-Atlas de pratique dermatologique*, Paris, 1921, p. 326.

DARIER. — *Précis de dermatologie*, Paris, 1928, p. 483.

DURAND, NICOLAS et FAVRE. — Lymphogranulomatose inguinale, subaiguë d'origine génitale probable, peut-être vénérienne. Société médicale des Hôpitaux de Paris. Séance du 31 janvier 1913, *Bull. de la Soc. médicale des Hôpit de Paris*, 6 février 1913.

FOURNIER. — Lésions tertiaires de l'anus et du rectum. Syphilome ano-rectal. Rétrécissement du rectum, Paris, 1875.

FOURNIER. — *Traité de la syphilis*, t. II, fasc. II, p. 554.

FREI. — Eine neue Hautreaktion bei Lymphogranuloma inguinale, *Klin. Wochenschr.*, 1925, nº 45.

Frei. — Weitere Beitr. z. Kenntnis d. Lymphogr. ingu. u des Ulc. chron. elephant. vulvæ et ani., *Klin. Wochenschr.*, n° 44, 1929.
Frei et Hoffmann. — Experimentelles und Klinisches zum « Lymphogranuloma inguinale », 1 Mitteilung, *Arch. f. Derm. u. Syph.*, Bd. 153, 1927, p. 179.
Frei et Alice Koppel.— Ulc. vulvæ chr. elephantiasticum (Estiomène) und sogenanntes Syphilome ano-rectal als Folgeerscheinungen der Lymphogranulomatosis inguinalis, *Klin. Wochenschr.*, 1928, n° 49.
Hellerstrom. — A contribution to the knowledge of lymphogranuloma inguinale, Stockholm, 1929.
Hermans. — Lymphogranuloma inguinale, *Arch. f. Schiffs-u. Tropenhygiene*, Bd. 33, 1929, p. 214.
Hudelo, Cailliau et Pierrot. — *Bull. de la Soc. franç. de derm.*, 1924, p. 352.
Hudelo et Rabut. — *Presse méd.*, n° 9, 1927.
Jersild (O.). — Contribution à l'étude de la pathogénie du soi-disant syphilome ano rectal (Fournier), *Ann de derm.*, n° 2, 1920.
Jersild (O.). — Note supplémentaire sur l'éléphantiasis ano-rectal (syphilome ano-rectal de Fournier). *Ann. de derm.*, n° 11, 1921.
Jersild (O.). — Notice historique sur l'infiltration hyperplasique du rectum avec rétrécissement fibreux et sur l'origine prétendue syphilitique de cette affection, *Ann. de derm.*, 1926, p. 74.
Jersild (O.). — Dansk kirurg. Selsk. s. Forhandl., *Hosp. Tid.*, n° 46, 1925.
Jersild (O.). — *Hosp. Tid.*, nos 44 og 47, 1926.
Kitchewatz. — Auto-vaccinothérapie dans la maladie de Nicolas-Favre, *Bull. de la Soc. franç. de derm.*, 1927, p. 876.
Koch. — Ueber das « Ulc. vulvæ » (chronicum elephantiasticum, etc.). *Arch. f. Derm. u. Syph.*, Bd. 34, 1896, p. 205.
Larsen. — Stricturer i Masttarmen, *Hosp. Medd.*, 1849, II, p. 289.
Louste. — *Bull. de la Soc. franç. de derm*, 1924, p. 140.
Nicolle et Durand. — Les acquisitions récentes au sujet du diagn. et du traitem. du chancre mou et de ses complications. Laborat. Inst. Pasteur, Tunis. *Bull. méd.*, ann. 39, f. 2, 1925.
Philipsen. — *Dansk kirurg. Selsk, s. Forhandl.*, 1925, p. 49.
Ravaut, Boulin et Rabeau. — Etude sur la « poradéno-lymphite », *Ann. de derm.*, 1924.
Rœgholt. — Rectaal-ulcera en rectaal-stenosen, *Geneeskundig Tijdschrift voor nederlandsch-Indie*, 1926, p. 278.
Rœgholt. — Das genito-rectale Syndrom, *Klin. Wochenschr.*, 1929, p. 1084.
Rovsing. — *Hosp. Tid.*, nos 45, og 48, 1926.
Ruge. — *Derm. Wochenschr.*, n° 1, 1930.
Cl. Simon. — *Bull. de la Soc. franç. de derm.*, 1924, pp. 142-143.
Tessier, Reilly et Rivalier. — Recherches expérimentales sur l'infection chancrelleuse, *Journ de Physiologie et de Pathologie générale*, 1927. *Zentralbl. f. Haut-und Geschlechtskrankh.*, Bd. 27, p. 469 ; Bd. 30, 1929, p. 176; Bd. 31, 1929, p. 155.

SUR L'ÉTIOLOGIE DE L'ÉRYTHÈME ANNULAIRE CENTRIFUGE

Par M. L. I. CHRISTINE
(Travail de la clinique dermato-vénéréologique de l'Institut Médical de Kiew.
Directeur : Prof. A. M. Tyjnenko).

Peu à peu, à mesure que viennent s'accumuler de nouvelles observations, la conception de l'érythème annulaire centrifuge (é. a. c.) se modifie.

Cette dermatose dont les descriptions de Lipschütz et de Darier avaient donné un tableau passablement homogène apparaît maintenant d'après les travaux de Bruhns, Mibelli, Tyjnenko et d'autres, de beaucoup plus compliquée aussi bien pour ce qui concerne la multiformité de son cours que pour ce qui a trait au caractère de l'éruption.

La bigarrure des causes étiologiques de l'é. a. c. (Darier, Balban, Liebner et Fenyo, Srandberg, Sache, de Bella, Barber, Semon, Gray, Richter, Nassauer, Freund et autres) ne permet point de les unifier et d'en tirer une conclusion générale quant au problème en question. Il est possible que dans chaque cas individuel tel ou tel autre trouble des fonctions d'organes particuliers ait joué un rôle déterminant dans l'apparition de cette dermatose. Une question se présente naturellement : l'é. a. c. ne serait-il point un syndrome au moyen duquel l'organisme répond à différentes excitations d'ordre endogène et exogène.

Ce qui reste alors énigmatique, c'est le caractère cyclique de la maladie et la disparition spontanée des symptômes cliniques.

Les altérations pathologiques de la peau n'offrent rien de caractérisé, rien de typique et, malgré la multiformité du tableau clinique, sont assez uniformes.

Seule l'accumulation de données démonstratives correspondantes, allant de front avec l'étude des particularités bio-chimiques des

malades, permettra d'aborder de plus près la question étiologique.

Nous avons eu la possibilité d'observer dans la clinique dermatologique et vénéréologique de Kiew 4 cas offrant sous ce rapport un certain intérêt.

1er cas : Z..., 64 ans (1), musicien, de famille saine. Maladies subies dans l'enfance, la rougeole, la scarlatine, dans l'âge adulte, le typhus



Fig. 1. — *Erythema annulare centrifugum.* Zeiss oc. 5 ob. 40.

abdominal et éruptif. Il y a 30 ans le malade a présenté une affection de peau sous l'aspect d'une rougeur de tout le corps (é. a. c.).

Il y a 2 mois, sans cause manifeste, le sujet en question a été atteint d'une éruption ayant l'aspect de taches qui augmentent visiblement. Le malade n'en est point incommodé.

4 octobre 1928. Le malade est de taille moyenne, de type asthénique.

(1) Le malade a été présenté à la séance de la Société Dermatologique et vénéréologique de Kiew du 7 octobre 1928.

de nutrition affaiblie. La respiration est diminuée aux sommets des deux poumons. Réaction de Bordet-Wassermann : —, réaction de Pirquet : —+. L'urine, les fèces et le sang n'offrent rien de particulier.



Fig. 2. — Z... 64 ans. *Erythema annulare centrifugum.*

La peau du dos, de la poitrine et des deux avant-bras est atteinte d'une éruption ayant l'aspect d'anneaux, de demi-arcs, de guirlandes

dont la jonction forme des figures rappelant une carte géographique. Les anneaux ont 3-4 centimètres de diamètre, les arcs 2-4 centimètres de longueur. L'éruption s'élève de 2-3 millimètres au-dessus du niveau de la peau saine. La partie centrale des éminences se transforme insensiblement en peau normale. La surface extérieure des hanches est atteinte de papules de caractère analogue et de taches accusant l'érythématose, dont les dimensions vont de celles d'une lentille à celles d'une pièce de 25 centimes. La peau des endroits atteints a une consistance ferme. Leür teinte est d'un rose bleuâtre d'intensité variée.

La peau du dos et des avant-bras a été soumise à un examen histologique dont voici les résultats (fig. 1). L'épiderme n'est point altéré. Les *Str. papillare* et *reticulare* manifestent une infiltration microcellulaire. Les capillaires et vaisseaux sanguins sont dilatés. C'est surtout autour d'eux que l'infiltrat est disposé. Une infiltration microcellulaire, dont une partie est diffuse et l'autre présente des foyers, a été constatée dans le tissu cellulaire sous-cutanée.

5 septembre 1928. Les taches du dos ont disparu, laissant une pigmentation d'un brun sale. Les efflorescences annulaires des avant-bras ont fait place à des taches brunâtres. Les taches recouvrant la surface intérieure des hanches se transforment en arcs et demi-cercles. Une nouvelle tache dont les dimensions surpassent celles d'une pièce de 25 centimes est apparue au-dessous du nombril à gauche. Le centre de cette tache tend à se transformer en peau normale. Les efflorescences annulaires et arquées des hanches s'étendent sur la périphérie, tendant à former des figures à bords polycycliques (fig. 2).

20 octobre 1928. Point de traces de l'éruption.

2e *cas* : K..., 35 ans (1), institutrice. N'a point eu jusqu'à présent de maladies de peau. Mariée depuis 16 ans. N'a point eu d'enfants. A usé de moyens anticonceptionnels. Les règles apparues dans la 14e année sont régulières. Maladies subies : dans l'enfance, la scarlatine, la rougeole ; dans l'âge adulte, 3 typhus, l'abdominal, l'éruptif et récidivant, et une pneumonie. En juin 1929, a eu une grave angine d'après laquelle elle a été atteinte d'une éruption ayant l'aspect de taches et d'anneaux (fig. 3).

18 octobre 1929. Taille moyenne, nutrition satisfaisante. Muqueuses visibles et peau pâle. *Stenosis V. mitralis.* Réaction de Bordet-Wassermann : —. Réaction de Pirquet : —. L'urine, les fèces et le sang n'offrent point de particularités.

Le visage, le cou et la conque des oreilles sont atteints de taches ayant la forme de ronds, d'anneaux et de demi-arcs, dont les dimensions varient de 2-3 centimètres à 5-6 centimètres. Les anneaux et

(1) La malade a été présentée à la séance de la Société Dermatologique et vénéréologique de Kiew du 3 novembre 1929.

les demi-arcs s'élèvent de 1/2-2 millimètres au-dessus du niveau de la peau normale. Le centre des éminences se transforme insensiblement en peau saine. Au palper, la peau des endroits atteints se révèle quelque peu ferme et infiltrée. Les ensemencements du sang sont stériles. Il n'a point été trouvé de champignons pathogènes dans les râclures de l'épithélium.



Fig. 3. — M... 35 ans. *Erythema annulare centrifugum.*

2 novembre 1929. 2 grandes taches d'un rouge vif sont apparues sur la tempe droite. Une nouvelle tache grande comme une pièce de 25 centimes est apparue sur la joue droite.

1er décembre 1929. Point de traces de l'éruption.

16 décembre 1929. Point de récidive.

3e *cas*. G..., 32 ans, ménagère. Il y a 4 semaines une tache, dont les dimensions surpassent légèrement celles d'une pièce de 25 centimes, est apparue sans cause manifeste sur la jambe gauche. Maladies subies : dans l'enfance, la rougeole, la diphtérite, la coqueluche ; dans l'âge adulte, le typhus éruptif. Les règles apparues dans la 13e année sont régulières. Pratique le coït interrompu depuis 5 ans.

25 mars 1929. Taille moyenne, nutrition satisfaisante. Organes intérieurs et système nerveux sans altérations. Réaction de Bordet-Wassermann : —. Réaction de Pirquet : —. L'urine, les fèces et le sang n'offrent point de particularités. Point de champignons pathogènes dans les râclures de l'épithélium.

La surface intérieure du tiers moyen de la jambe droite présente une tache ronde, d'un rouge vif, aux dimensions de 5-6 centimètres.

La peau de l'endroit atteint est quelque peu ferme, point douloureuse au palper. La tache est plus pâle au centre que sur la périphérie. La malade n'en est point incommodée. Le dessin de la peau n'est point altéré à l'endroit taché.

Voici les résultats de l'examen histologique de la région de la tache : la couche cornée est épaissie, il y a infiltration microcellulaire autour des vaisseaux sclérosés des *Str. papillare* et *reticulare*. L'infiltrat contient en nombre modique des cellules plasmatiques.

17 mai 1929. Les traces de la tache ont disparu. — 22 mai 1929. Point de récidive.

4e *cas* : E..., cultivateur, 25 ans. Il y a 6 semaines, sans cause manifeste, a été atteint d'une éruption sous forme de taches rouges qui, dans l'espace d'un mois, ont gagné les surfaces latérales de l'abdomen, des hanches et des épaules. Maladie subie : le typhus éruptif, il y a 3 ans.

16 mai 1929. Le malade est de haute taille, de nutrition satisfaisante. Les muqueuses visibles et la peau des endroits non atteints sont d'un rose pâle. Les organes intérieurs et le système nerveux n'offrent rien de particulier.

La peau de l'abdomen, des hanches, des surfaces latérales de la poitrine et des épaules présente des taches rouges et blanches, dont les plus petites ont les dimensions d'une lentille et les plus grandes dépassent celles d'une pièce de 25 centimes. Un certain nombre de taches rouges s'élèvent au-dessus du niveau de la peau saine, prenant l'aspect de papules. Les autres se dépigmentent au centre et se rejoignent, formant des figures annulaires entourées d'une rougeur de caractère inflammatoire. La plupart des taches de l'abdomen et des épaules sont dépigmentées. Les taches dépigmentées des hanches sont entourées d'anneaux et de demi-arcs offrant le caractère d'une inflammation aiguë. Un certain nombre de ces taches s'élèvent au-dessus du niveau de la peau saine. La peau des taches, qu'elles soient

rouges ou blanches, a gardé son dessin. Réaction de Bordet-Wassermann : —, Réaction de Pirquet : — ; l'urine, les fèces et le sang n'offrent point de particularités.

L'examen histologique de la peau des endroits atteints a donné un tableau analogue à celui du premier cas.

17 mai 1929. Point de champignons pathogènes dans les râclures de l'épithélium des taches, qu'elles soient dépigmentées ou inflammatoires.

19 mai 1929. De nouvelles taches rouges apparaissent sur l'abdomen et les hanches. Les éléments antérieurs de l'éruption se transforment en taches blanches dépigmentées.

Dans toutes nos observations, l'élément primitif a été représenté par une tache qui, dans les 3 premiers cas ,a passé par 2 périodes : 1° la constructive, sous l'aspect d'une tache rouge-rosâtre, s'élevant parfois au-dessus du niveau de la peau saine et se transformant en papule ; 2° la destructive, comprenant la disparition progressive de la tache.

Dans le 4e cas, la période constructive a été analogue à celle des 3 premiers cas. Quant à la période destructive de ce cas, elle a abouti à une dépigmentation passablement stable entièrement disparue dans la suite. Tous les 4 cas ont réalisé, d'après leur tableau clinique, des cas typiques de l'érythème annulaire centrifuge.

Quant au traitement, il a été indifférent pour ce qui concerne le 1er et le 4e cas, ce qui rend peu probable, son influence sur le cours de la maladie. Il n'a été appliqué aucun traitement dans le 2e et le 3e cas.

La maladie s'est déclarée dans le 1er cas sans cause manifeste, en été, à l'époque des grandes chaleurs, a accompli le cycle de son développement dans l'espace de 4 mois et a disparu avec l'arrivée de la saison froide. Dans le 2e cas, la maladie s'est également déclarée en été, en relation étroite, selon les apparences, avec une angine récente et a disparu également avec l'arrivée de la saison froide 6 mois après l'apparition de l'éruption. Dans le 3e et le 4e cas, la maladie a commencé au début du printemps et a disparu avec l'arrivée des jours tièdes de l'été au bout de 4 mois dans le 3e cas et de 2 mois dans le 4e.

Ce qui frappe dans tous ces cas, c'est la coïncidence de l'apparition de la maladie et de son développement cyclique avec les brusques oscillations barométriques du début du printemps et de celui de l'automne, époques où l'équilibre de la constante barométrique est rompu. La coïncidence de l'apparition et du cours cyclique de l'é. a. c. avec les brusques oscillations barométriques et la disparition de la maladie avec le rétablissement de l'équilibre barométrique plaide en faveur d'un rapport réglé entre les facteurs sus-mentionnés.

Les observations qui viennent d'être exposées nous autorisent à nous prononcer en faveur de l'existence d'une certaine relation entre l'é. a. c. et les brusques oscillations barométriques. L'apparition de celles-ci favorise celle de la maladie et détermine dans un certain degré son cours cyclique. Le rétablissement de l'équilibre barométrique, qu'il s'agisse de la saison chaude ou froide contribue à la disparition provisoire ou définitive de la dermatose en question.

Résumé.

L'apparition dans les quatre cas observés de l'érythème annulaire centrifuge sans cause manifeste à l'époque de la rupture de l'équilibre barométrique à l'approche de la saison tiède ou froide et la disparition de la maladie avec le rétablissement de l'équilibre barométrique nous autorise à nous prononcer en faveur de l'existence d'un certain rapport entre l'é. a. c. et les brusques oscillations barométriques dont l'apparition favorise celle de la maladie en question et conditionne, à un certain degré, son cours cyclique.

Le rétablissement de l'équilibre barométrique indépendamment des saisons contribue à la disparition provisoire ou définitive de la dermatose en question.

Littérature.

1) BALBAN : *Derm. Woch.*, 1924, B. 78, p. 55. — 2) BARBER : *Derm. Zeitschr.*, 1926, B. XLVIII, p. 85. — 3) BRUHMS : *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1921, B. 135, p. 109. — 4) DARIER : *Annales de Derm. et de Syph.*, 1916-1917, série 5, t. 6, p. 56. — 5) DARIER : *Précis de Dermatologie*, IVe édit., Paris, 1928, p. 27. — 6) DE BELLA *Giorn. ital. del Mal. ven. e del pelle*, 1924, t. 65. p. 1757. — 7) DRESCHER : *Zentralblatt f. Haut. u. Geschl.*, 1926, B. XIX, p. 836. — 8) FREUND : *Zentrbl. f. Haut. u. Geschl.*, 1927, B. XXI, p. 258. — 9) GRAY : *Derm. Woch.*, 1925, B. 80, p. 786. — 10. LIEBNER E. u. I. FENYO : *Derm. Woch.*, 1926, B. 83, p. 1667. — 11) LIPSCHÜTZ : *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1913, B. 118, p. 349. — 12) LIPSCHÜTZ : *Arch. f. Derm. u. Syph.*, B. 143, p. 365. — 13) MIBELLI A. : *Giorn. ital. del mal. ven. et del pelle*, 1924, B. 65, p. 1308. — 14) RICHTER : *Derm. Woch.*, 1927, B. 85, p. 1549. — 15. SACHS : *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1921, B. 137, p. 100. — 16) TYCNENKO : *Ukr. Med. Wisti*, 1928, nos 7-8, p. 911.

QUELQUES RÉFLEXIONS

Par Arthur VERNES

Il est évident qu'on ne peut demander à tous les hommes de voir avec les mêmes yeux : Léonard de Vinci, Eugène Delacroix, Claude Monet ont eu chacun, et fort heureusement, leur cerveau et leur vision personnelle.

En admettant par avance que toute opinion médicale est le fruit d'un travail conscient et motivé tout entier par le souci d'être utile au malade, comment pourrait-on ne pas comprendre que tous ne voient pas ou ne jugent pas les faits de la même manière?

Il est donc essentiel que chacun voie par ses yeux à soi pour se mettre à l'abri d'une suggestion collective dans les mouvements d'idées qui peuvent se produire. Peut-on demander en toute bienveillance si quelqu'un a vu vraiment, mais de ses propres yeux — sans s'appuyer au préalable sur le dire d'un autre — que la syphilimétrie — comme on l'a dit — ait fait son *mea culpa?*

Je rappelle ici les paroles d'un de ceux qui ont le plus étudié mes documents, mon Maître Louis Brocq (1) :

« Qu'y a-t-il, en réalité, sous cette dénomination? Il y a l'institution d'une enquête des plus utiles et des plus hardies pour « essayer de préciser, par des documents nombreux et recueillis « avec le plus grand soin, les conditions qui permettent d'affirmer « (autant qu'il est possible d'affirmer quelque chose en clinique) « qu'un individu atteint de syphilis semble être devenu pratiquement non contagieux, semble être à l'abri d'accidents graves « tenant à cette maladie, et semble enfin pouvoir se marier sans « danger pour sa femme et avec l'espoir d'avoir des enfants parfaitement sains.

« Or, cette enquête a une importance capitale, et jusqu'ici elle

(1) *Presse médicale,* nos 42 et 44 des 24 et 31 mai 1924.

« n'a jamais été tentée sur une pareille échelle et avec une sembla-
« ble précision.

« D'autre part, si l'on veut être juste, on doit reconnaître « qu'avec les garanties d'une surveillance *constante et sans limita-* « *tion de durée des sujets, elle offre un minimum de danger pour* « *eux.* »

A mon sens, si « les désastres de la syphilimétrie ne se comptent plus », c'est tout simplement parce qu'on n'a jamais pu commencer à les compter. Ceux qui invoquent encore aujourd'hui la « loi des trois huit », devenue un archaïsme depuis la substitution de la photométrie à la colorimétrie, prouvent simplement qu'ils n'ont rien lu de nos publications depuis 8 ans.

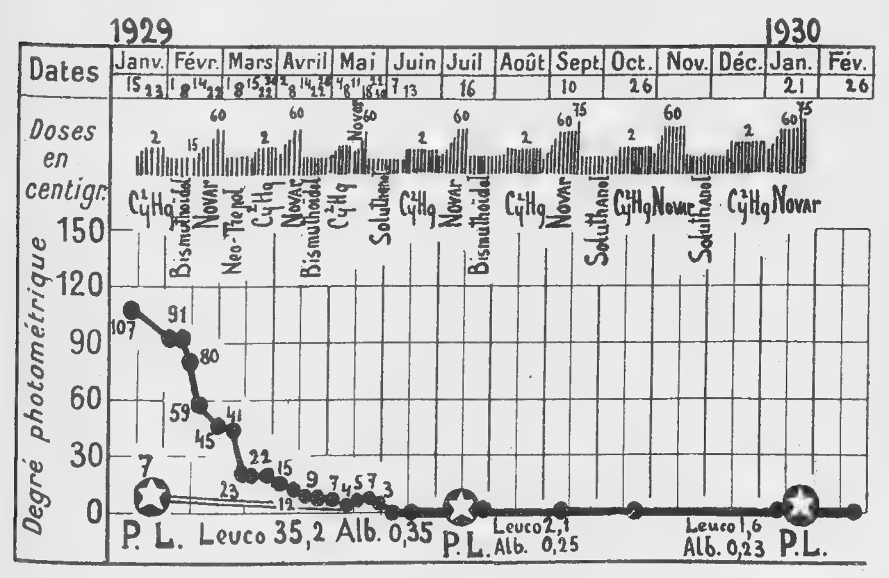
J'ai dit moi-même : « Nous désirons que tous ceux qui pratiquent « la syphilimétrie ajoutent leur expérience à la nôtre et nous « apportent leur toujours très utile collaboration ». Et en ajoutant : « Chaque fois que des confrères ont eu la courtoisie de nous « en référer, l'examen du dossier est venu leur démontrer qu'ils « avaient été inexactement renseignés, soit sur la date, soit sur le « résultat ou les conclusions de l'examen sérologique ».

Nous avons toujours examiné attentivement les soi-disant exceptions qu'on avait bien voulu porter à notre connaissance. Ceux qui nous les ont signalées ont pu constater que leur bonne foi — comme toujours — avait été surprise. Et quant aux textes qu'on a invoqués encore tout récemment, ils n'ont aucun rapport quelconque avec nos méthodes.

Je suis toujours prêt à passer l'éponge, mais, en vérité, comment peut-on encore me faire dire que le silence du sang suffirait ? J'ai toujours montré le contraire et publié encore *tout exprès* dans mon mémoire de 1923 (fascicule II des *Travaux* et *Publications de l'Institut Prophylactique*, chez Maloine), le document des pages 88 et 89, sur ce conseil, donné à l'époque par un de mes maîtres de l'Hôpital Saint-Louis : « Pour que ceux qui ne comprennent pas encore, comprennent pourquoi ils n'ont pas compris ».

Ma documentation porte actuellement sur plus de 110.000 dossiers. Pour quelle raison pourrais-je avoir moins que d'autres le souci de la santé des malades? Je ne dis pas non plus — parce que mon expérience personnelle porte sur l'observation patiente et soigneuse de dizaines de milliers de sujets — que je ne puisse voir

demain un cas d'exception ; mais pourquoi, alors que toute la question est de faire au mieux pour les malades, ne pas me montrer, si on l'a rencontré, ce qu'il ne m'a pas encore été possible avec la meilleure volonté du monde de voir moi-même depuis vingt ans ? Ne gagnerait-on pas, dans ce domaine, à échanger directement des documents précis, et peut-être bien à étudier sur les miens qui — comme je l'ai maintes fois dit — restent à la disposition de tous nos collègues, en quoi consiste réellement l'ensemble des conditions



C. M. 1964-L LÉGENDE DU GRAPHIQUE

Syphilis ignorée, décelée par la sérologie chez une femme de 47 ans qui se plaignait de « fatigue ». Pas de signes objectifs. Réflexes symétriques et normaux. Les petits disques noirs indiquent les cotes successives pour le sang ; les trois cercles étoilés donnent les cotes pour la ponction lombaire (P. L.) avec le chiffre de la leucocytose par millimètre cube et le taux de l'albumine pour 1.000. On voit en haut, exprimé en centigrammes, le détail des piqûres (traits verticaux) qui se succèdent sans interruption pendant une année (d'après les explications qui se trouvent rappelées à la page 14 du n° 1, t. I, des *Archives de l'Institut Prophylactique*, chez Masson). La courbe de contrôle ne peut naturellement se poursuivre ici que jusqu'au mois de mars 1930 exclusivement, du fait de la remise à l'imprimeur. L'observation des huit mois commence.

rigoureuses d'une bonne observation photométrique dont je recueille, quant à moi, des résultats si fructueux.

Ne me serais-je pas expliqué assez clairement, soit dans l'*Atlas*

de Syphilimétrie, soit dans mes *Fascicules*, soit dans nos *Archives de l'Institut Prophylactique*?

Voici par exemple un document : le graphique du malade C. que nous tirons, non pas même de notre clientèle parisienne, mais de la pratique d'un confrère qui a traité ce malade en pleine campagne.

Vraiment, je ne puis que persister à ne voir aucun inconvénient dans un contrôle précis et répété du traitement.

Au fond j'ai un peu l'impression d'enfoncer une porte ouverte. Il n'y a qu'à confronter avec nos plus anciens textes tous les ouvrages les plus récents pour voir que, de plus en plus, les syphiligraphes — même les moins enclins à nous suivre — se rapprochent de mon point de vue ou tout au moins font leurs mes conclusions.

La vérité, comme l'a dit Claude Bernard, est que si quelqu'un d'entre nous apporte quelque chose de neuf, beaucoup sont portés à dire d'abord : ce n'est pas vrai ; et ensuite : ce n'est pas neuf.

La vérité c'est aussi qu'on n'est jamais trop patient. Un jour vient où le rocher de Sisyphe devient, par l'usure du temps, le petit caillou qu'on porte aisément dans sa poche. Qui pourrait s'en plaindre ?

FAUX PRIAPISME DÉTERMINÉ PAR UNE MÉTASTASE CAVERNEUSE D'UN CANCER PRIMITIF DU FOIE

Par J. GADRAT
(Clinique de Dermatologie et Syphiligraphie de l'Université de Toulouse. Professeur Ch. Audry).

Cette observation n'a qu'une valeur anecdotique, mais singulière. A-t-on jamais vu, dans un service de vénéréologie un homme amené par une lésion aiguë de la verge, chez lequel une ponction du pénis a permis de reconnaître l'existence d'un cancer du foie?

G... Antonio, sujet Espagnol, 52 ans, maçon, entre le 30 janvier à la clinique de dermato-syphiligraphie pour une tuméfaction récente et volumineuse de la verge.

On ne relève rien de spécial dans ses antécédents. Le malade a toujours été bien portant jusqu'à ces temps derniers. Se plaignant de fatigue générale, de douleurs lombaires et abdominales, il a cessé de travailler depuis le début de janvier. Depuis huit jours, sans aucune douleur locale, sans gêne de la miction, sa verge a progressivement augmenté de volume jusqu'à atteindre des proportions telles que le malade s'est enfin décidé à consulter un médecin.

A l'examen, le pénis, long de 20 centimètres, large de 5 centimètres, pend jusqu'à mi-cuisse ; il est rouge, d'aspect pseudo-phlegmoneux de sa racine jusqu'à sa partie moyenne. Le prépuce est très œdématié : il est impossible de mettre le gland à découvert. Cette augmentation de volume est strictement limitée au pénis dont la racine a des dimensions sensiblement normales.

Au toucher, qui n'est pas douloureux, la verge, dans son ensemble est d'une dureté ligneuse ; cette consistance, surtout nette sur la face antérieure, est perceptible encore au niveau de la partie périnéale des corps caverneux. Les bourses, les régions inguinales sont normales. Le toucher rectal ne décèle rien de particulier.

Pas de fièvre. A l'examen général, on trouve une volumineuse tumeur de l'hypochondre droit soulevant la paroi abdominale et la partie inférieure de l'hémithorax. Une défense pariétale marquée empêche

de percevoir nettement le bord inférieur du foie et de la tumeur : en position génu-pectorale ce bord paraît dur et lisse. La percussion montre une matité de 17 centimètres sur la ligne mamelonnaire droite.

Pas d'ictère ; aucun trouble digestif. La rate n'est pas percutable. La respiration est légèrement diminuée à la base droite où l'on entend aussi quelques frottements. Rien d'anormal au point de vue cardiaque ;

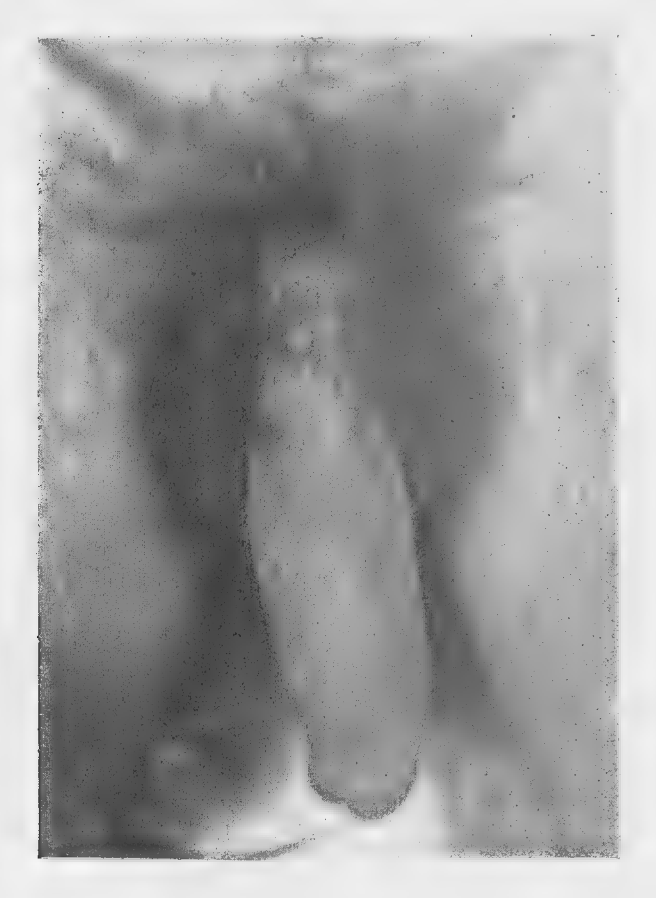


Fig. 1.

la tension artérielle est de 14/9 au Pachon-Gallavardin. L'examen des urines décèle une albuminurie de 0,05 centigrammes ; le coefficient de Maillard est de 8,52. Tous les réflexes sont normaux.

La radiographie confirme les dimensions de la masse hépatique et décèle des ombres disséminées dans le tiers inférieur du poumon droit.

On pratique une première ponction du pénis qui ne ramène que du sang. Après une seconde ponction, il sort de l'orifice laissé par l'aiguille (plus grosse que la première) un débris blanchâtre qui ne se dissocie pas du caillot dans le sérum. On fixe et on inclut le tout.

Histologiquement, dans un petit caillot, on trouve (examen pratiqué par M. le Dr Chatellier) :

1° un lambeau d'épiderme normal, entraîné sans doute par l'aiguille ; 2° des débris et fragments de tissus qui paraissent à un faible grossissement constitués par des travées épithéliales. A un grossissement plus fort, ces travées épithéliales se révèlent de nature maligne. Les cellules qui les constituent sont polyédriques, entassées les unes contre les autres, en cordons pleins. Le noyau est central, parfois double, le protoplasma acidophile bien coloré. Aucun caractère ectodermique ou malpighien. Certains éléments sont creusés de petites vacuoles ; quelques-uns s'ordonnent autour d'un espace clair. La ressemblance avec le tissu hépatique est nette.

A côté de ces travées, on trouve des monstruosités cellulaires : cellules gigantesques, noyaux bourgeonnants, en mitoses, en couronne. Cette description correspond exactement à celle des épithéliomas primitifs du foie. Le processus d'embolie épithéliale que figuraient récemment MM. Joseph F. Martin et Pierre Croizat dans « Les tumeurs solitaires du foie » (*Journal de Médecine de Lyon*, décembre 1929, p. 791), paraît bien être à l'origine de cette métastase.

L'examen général complété les jours suivants donne une réaction de Wassermann négative, une formule sanguine normale. Le temps de saignement dure trois minutes ; mais le taux d'urée sanguine atteint un gramme (azotémie notable).

Dès le 2 février, le malade devient dyspnéique ; la base pulmonaire droite est nettement mate et silencieuse. Les crachats se teintent de sang ; ils sont fixés, durcis, inclus et coupés : on finit par découvrir au milieu d'un réticulum fibrineux un amas cellulaire ayant les mêmes caractères histologiques que les boyaux constatés au niveau du flocon provenant du pénis.

Le malade dont l'état empire d'heure en heure, est repris par sa famille le 5 février. Nous avons appris qu'il avait succombé deux jours plus tard après d'abondantes hémoptysies.

En résumé, un homme présente une tuméfaction rapide et dure, priapiforme (sans érection vraie) du pénis, avec phimosis ; ni fièvre, ni douleur, un foie énorme, un sang normal et finalement des accidents d'infarctus pulmonaire néoplasique. Une première ponction du pénis donne du sang ; une seconde, faite avec une aiguille plus grosse, donne encore du sang et un débris d'aspect fibrineux où l'examen histologique découvre un fragment de tissu caractéristique

d'un cancer du foie en métastase dans les corps caverneux, tissu qu'on retrouve dans les crachats.

S'il y a une conclusion à en tirer, nous en laissons tout le soin au lecteur : une dissertation n'aurait aucun intérêt. Tout au plus pouvons-nous rappeler que le hasard est un grand maître, même en clinique.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en février 1930.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

L'unique traitement de la syphilis gastrique, par S. Leven. *Annales des Maladies Vénériennes*, 25e année, n° 2, février 1930, p. 81.

L. a souvent insisté sur la fréquence de la syphilis gastrique. Cet article a pour but de montrer, par des observations, qu'il n'y a qu'un seul traitement de la syphilis gastrique. Le voici : I. Vingt jours par mois utiliser le soir en se couchant un suppositoire mercuriel contenant 3 ou 4 centigrammes de Hg vif. (La durée du traitement est commandée par les résultats acquis ; les progrès, en général, sont très rapides, si la syphilis suspectée est en cause).

II. Prendre une capsule de lipoïdol au cours des deux principaux repas le premier mois ; puis 20 jours par mois seulement les mois suivants.

H. Rabeau.

Traitement de la syphilis au seizième siècle, par Krichberg. *Annales des Maladies Vénériennes*, 25e année, n° 2, février 1930, p. 88.

Intéressante étude des idées admises à cette époque et des traitements utilisés. Renner en 1571, signale 253 remèdes contre la syphilis, la plupart devant leur efficacité aux substances qu'ils contenaient, et 200 remèdes différents pour purger le malade... Et conclut K., les soins étaient donnés aux malades avec beaucoup d'attention et fort minutieusement et ne se distinguaient au fond que peu du traitement que subissaient encore les vérolés 300 ans plus tard.

H. Rabeau.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Un cas de biotropisme actinique, par Chantriot. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, n° 1, janvier 1930, pp. 3-5, 1 fig.

Observation d'un cas d'hydroa vacciniforme apparu le quatrième jour après la première de quatre séances quotidiennes de rayons ultra-violets à faible dose, et s'étant greffé sur éruption actinique diffuse.

A. Bocage.

Erythème polymorphe et rhumatisme au cours d'un bubon chancrelleux par action biotropique du Dmelcos, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, no 1, janvier 1930, pp. 5-7.

Chez un ancien rhumatisant arrivé à la quarantaine le Dmelcos, injecté pour chancrelle avec bubon détermina une courte poussée rhumatismale avec érythème polymorphe. A. Bocage.

La bacillémie lépreuse, par R. Nativelle. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, no 1, janvier 1930, pp. 8-11.

Courte revue générale avec bibliographie dont la conclusion est la suivante : la bacillémie lépreuse semble être d'une extrême fréquence au cours de la lèpre à manifestations cutanées ... qui paraît évoluer par poussées de bacillémie embolisante au cours desquelles le bacille de Hansen prolifère dans les capillaires sanguins cutanés. A. Bocage.

Localisation présternale de l'érythème polymorphe, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, no 1, janvier 1930, p. 12.

Ayant constaté cette localisation chez une femme au niveau de l'échancrure du corsage, et la rapprochant des sièges classiques, nuque, dos, des mains et des avant-bras, l'auteur y voit une preuve incontestable du rôle de la lumière dans la localisation de cette manifestation éruptive.

A. Bocage.

Erythrodermie provoquée par la crysalbine, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, no 1, janvier 1930, pp. 13-14.

Erythrodermie ayant débuté le lendemain d'une vive émotion chez une femme qui venait d'être guérie d'un lupus érythémateux par quelques injections de crysalbine dosées de 0 gr. 05 à 0 gr. 25. Amélioration lente en quelques semaines après une phase très œdémateuse. A. Bocage.

La loi sur la prostitution aux Etats-Unis, par M. Carle. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, no 1, janvier 1930, pp. 15-19.

Très clair exposé montrant la réglementation sévère qui a permis la suppression du racolage public à New-York et assure ainsi la protection des jeunes gens, et des individus de situation modeste. Par contre les maisons de rendez-vous clandestines, d'un prix d'ailleurs très élevé, pullulent. La surveillance par des agents féminins spéciaux des femmes suspectes de prostitution, l'existence de maisons spéciales pour les mineures arrêtées pour ce délit, la déclaration obligatoire des maladies vénériennes comptent parmi les dispositions les plus efficaces pour la protection du peuple, car évidemment les classes aisées y échappent aisément.

A. Bocage.

Annales de Médecine (Paris).

L'agranulocytose au cours du traitement anti-syphilitique, par Ch. Aubertin et R. Lévy. *Annales de Médecine,* t. XXVII, nº 2, février 1930, pp. 151-164.

Les auteurs, contrairement à l'opinion initiale de Schulz, estiment qu'il faut élargir le cadre de l'agranulocytose et y faire entrer les syndromes complexes qui groupent à côté de la carence granulocytaire d'autres modifications sanguines, telles que anémie, état hémorragique, même si celles-ci prennent le pas sur l'agranulocytose. C'est dans l'étude des accidents sanguins de la thérapeutique arsénobenzolique qu'apparaissent le mieux les liens de parenté entre ces divers syndromes.

Les auteurs ont relevé 28 observations d'agranulocytose arsénobenzolique frappant à peu près également les deux sexes alors que la maladie de Schulz essentielle est surtout féminine.

Acétylarsan et bismuth paraissent responsables de quelques cas, sinon seuls, du moins chez des malades antérieurement traités par le novarsénobenzol.

C'est entre la quatrième et la huitième injection de la deuxième ou troisième série qu'on voit débuter la maladie. Dans un quart des cas, il y avait eu antérieurement quelques manifestations discrètes d'intolérance.

Les auteurs décrivent :

Des formes pures, des formes associées avec syndrome hémorragique seul ou avec anémie et syndrome hémorragique, des formes frustes.

Ils estiment que le rôle pathogénique principal revient à l'intoxication médicamenteuse. A. Bocage.

Bulletin de l'Académie de médecine (Paris).

Action des sels de magnésium sur la genèse des tumeurs du goudron, par M. Marullaz. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 3e série, t. CIII, 94e année, nº 5, 4 février 1930, pp. 166-172.

L'auteur complète une note antérieure en mentionnant la survivance de deux lapins qui consomment du chlorure de magnésium depuis 411 jours et subissent le goudronnage de l'oreille depuis 368 jours ; ils ont fait de la papillomatose, mais les lésions restent bénignes. Des expériences complémentaires sont rapportées en détail dans ce mémoire, elles montrent que le chlorure de magnésion en ingestion (10 milligrammes par jour) retarde l'apparition chez le lapin des néoplasmes du goudron et s'opposent à ce qu'ils prennent une allure exubérante ou maligne quand ils existaient antérieurement. Cela n'est vrai que pour les lapins normalement pigmentés, car chez les albinos la sensibilité au goudron n'est pas toujours modifiée par le chlorure de magnésium. L'auteur étudie aussi les lésions nerveuses chez les animaux en expérience et la sensibilité des oreilles goudronnées.

M. Delbet qui a présenté ce mémoire à l'Académie rappelle que chez les animaux magnésiés les greffes cancéreuses prennent moins bien que chez les témoins, puis il cite quelques observations curieuses montrant l'effet saisissant que peut avoir un traitement magnésié intensif chez certains cancéreux humains, au point que l'entourage put croire à la guérison des malades, tant fut grande l'amélioration de l'état général et des symptômes fonctionnels pendant quelques mois. M. Delbet fait bien remarquer d'ailleurs qu'il ne connaît pas d'observation *valable* de *guérison* de cancer, vérifié histologiquement, malgré les documents qui lui ont été communiqués de divers côtés. Il précise que « le problème du « cancer au point de vue social n'est pas d'ordre thérapeutique, il est « d'ordre prophylactique. C'est la cancérisation qu'il faut empêcher. Or. « la saturation de l'organisme par le magnésium oppose un obstacle au « phénomène de la cancérisation ». Il conseille donc l'ingestion régulière de sels halogénés de magnésium. A. Bocage.

Bulletin de l'hôpital Saint-Michel (Paris).

La crainte des lésions cutanées ne doit plus être un obstacle à l'institution d'un traitement rœntgenthérapique, par R. Coliez. *Bulletin de l'hôpital Saint-Michel,* 2e année, n° 1, janvier 1930, pp. 11 à 16.

Le perfectionnement des moyens de filtration et de mesure a fait disparaître peu à peu les accidents cutanés de la radiothérapie à moins de maladresses grossières. L'auteur signale le dispositif allemand qui interdit le fonctionnement de l'appareil quand le filtre a été oublié et propose pour les appareils devant servir uniquement aux cancéreux de souder le filtre primaire au localisateur. Les radiodermites au cours de radiographies ou de radioscopies paraissent dues uniquement à des fautes lourdes dont il indique quelques-unes. Quant aux mesures ionométriques elles donnent surtout des erreurs en moins qui aboutissent à faire des doses trop faibles de radiations. Pour les radiothérapies profondes un recoupement correct des champs de surface permet d'éviter tout accident ; à ce point de vue les localisateurs carrés ou rectangulaires sont à préférer aux localisateurs circulaires.

Le seul véritable danger de radiodermite résulte de traitement successifs faits pour une même lésion par des opérateurs différents, quelquefois chez les malades qui ont volontairement caché l'existence des traitements antérieurs. A. Bocage.

Bulletin Médical (Paris).

La douche filiforme, par Clément Simon. *Bulletin Médical*, 44e année, n° 9, 17 février 1930, p. 145.

Il y a déjà de nombreuses années que Veyrières à la Bourboule découvrit la douche filiforme, et S. fait justement remarquer qu'on semble oublier que c'est à lui que l'on doit ce moyen thérapeutique si utile

dans de nombreuses dermatoses rebelles. Il en fixa la technique et les indications que S. précise d'après sa pratique personnelle. Le lichen simplex chronique de Vidal est la dermatose qui en bénéficie le plus ; le prurit cesse rapidement, la peau s'assouplit et reprend bientôt son aspect normal. Les prurits sans lichénification, le *lichen ruber planus*, s'il est localisé, le lupus érythémateux en plaques localisées, sont parmi les principales indications de cette méthode qui a été utilisée pourtant dans de nombreux autres cas. H. RABEAU.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux (Paris).

Néphrite syphilitique subaiguë, par F. RATHERY, THORPER et R. WAITZ. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux,* 3e série, 46e année, n° 5, 17 février 1930, p. 193.

Observation très complète d'une néphrite syphilitique subaiguë, survenue chez une femme de 24 ans, ayant eu une évolution progressive et mortelle. L'étude des troubles humoraux montra dans une première période que la réserve alcaline et l'hydrémie étaient peu modifiées, le Cl plasmatique et le Cl globulaire subissant des fluctuations nettes, de même que l'azotémie. Dans une seconde phase de la maladie, l'azotémie s'élève, l'hypochlorémie s'accuse, la réserve alcaline s'abaisse, l'hydrémie s'accroît, la globuline tombe à un taux très faible et l'albuminurie augmente. Les auteurs font remarquer que l'hypochlorémie et l'azotémie sont ici non la résultante l'une de l'autre mais des manifestations concomitantes du trouble fonctionnel grave du rein. A. RABEAU.

Un cas de kératodermie palmaire et plantaire symétrique congénitale et héréditaire, par DETREY et Mlle J. SAINTON. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des hôpitaux,* 3e série, 46e année, n° 6, 24 février 1930, p. 226.

Observation d'un cas typique de cette affection ainsi nommée par Besnier. Sur 18 membres de la même famille 13 sont atteints de kératodermie palmo-plantaire. Certains présentent des malformations unguéales. La malade est née à terme, son Bordet-Wassermann fut toujours négatif. H. RABEAU.

Syphilis et transfusion sanguine. Absence de contamination, en cas de donneur syphilitique latent, par TZANCK et WERTH. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des hôpitaux,* 3e série, 46e année, n° 4, 10 février 1930, p. 132.

Dans tous les cas (sauf celui de Dufour) de transmission de la syphilis au cours d'une transfusion la contamination aurait pu être évitée par l'examen clinique et sérologique du donneur.

La réaction de Bordet-Wassermann doit donc être systématiquement pratiquée, permettant de dépister la plupart des syphilis virulentes. Les auteurs publient l'observation d'une donneuse réputée saine (examens

cliniques et sérologiques répétés) qui au cours de trois années donna son sang 18 fois sans donner lieu à une seule contamination. Par la suite elle présenta des accidents syphilitiques (ictus avec hémi-parésie à 46 ans, cinq mois après la dernière transfusion). Le Bordet-Wassermann était à ce moment faiblement positif. H. RABEAU.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

A propos des échecs de l'acridinothérapie dans le traitement de la blennorragie, par G. LUYS *Bulletin et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, 1930, n° 2, 25 janvier p. 56.

Tout le monde, dit L., accorde à cette méthode une valeur réelle dans le traitement de la blennorragie aiguë ; mais tous ceux qui l'ont essayée reconnaissent qu'elle ne convient pas à tous les cas de blennorragie chronique, et que d'autre part elle n'en prévient pas les complications. L'anatomie pathologique montre que très rapidement le gonocoque tend à pénétrer dans la profondeur de l'épithélium. Toutes les méthodes par voie sanguine ou vaccinale ne pourront à ce moment avoir d'action sur le gonocoque protégé par du tissu fibreux. Il faudra avoir recours au traitement mécanique, qui mettant en liberté le gonocoque, le rendait vulnérable aux agents thérapeutiques. L'acridinothérapie pourra donc avoir des succès au début même de la blennorragie, mais semble inutile pour une blennorragie depuis longtemps installée. H. RABEAU.

A propos des échecs de l'acridinothérapie dans le traitement de la blennorragie chronique, par LE FUR. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, n° 3, 8 février 1930, p. 76.

Ainsi que Luys, F. n'accorde aucune valeur à l'acridinothérapie dans la blennorragie chronique. Pour la guérir il faut instituer un traitement rigoureux par hautes dilatations et cautérisations urétroscopiques associées à la vaccination locale. Cette méthode lui a toujours donné des succès. H. RABEAU.

Traitement électro-radiothérapique des nævi, par FOVEAU DE COURMELLES. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, n° 3, 8 févier 1930, p. 88.

Pour les grands nævi vasculaires l'auteur par scarifications électrolysées, ou par électrolyse positive ouvrant les pores de la peau, prépare l'action du radium. Les doses de radium varieront avec l'étendue du nævus. Il faudra toujours se défier des radio-anaphylaxies, surveiller l'action du radium. Mais avec ces précautions on arrivera presque toujours à d'excellents résultats. H. RABEAU.

Comptes rendus de la Société de Biologie (Paris).

Sur l'action hémostatique du bistouri électrique, par CHAMPY et HEITZ-BOYER. *C. R. Soc. de Biologie*, t. CIII, n° 6, 14 février 1930, pp. 385-387.

La section des tissus par diathermo-coagulation avec les ondes amorties (appareils à éclateurs) donne naissance à une escarre volumineuse susceptible de donner lieu à des phénomènes de résorption toxique et à des hémorragies secondaires au moment de sa chute.

La section au bistouri électrique à ondes entretenues (appareils à lampes) donne une zone de coagulation infiniment réduite permettant la réunion par première intention. Il faut noter que les vaisseaux saignent au moment de la section mais que cette hémorragie s'arrête très rapidement. Des examens histologiques qu'ils ont faits, les auteurs concluent que cette hémostase est due à la coagulation intravasculaire du sang favorisée par le fait que les actions mécaniques des courants de haute fréquence (élongation, arrachements cellulaires) se transmettent à plus grande distance le long des veines liquides (1 millimètre environ) que dans les tissus compacts.

En outre une ingénieuse expérimentation prouve que les cellules endothéliales altérées par le bistouri électrique activent la coagulation du plasma, alors que les mêmes éléments histologiques sectionnés au bistouri ordinaire sont à peu près sans action.

Le bistouri électrique agit donc à la fois en oblitérant mécaniquement les vaisseaux par arrachement de leur paroi interne et en libérant la plasmase qui favorise la coagulation du sang *in situ* et la thrombose vasculaire. A. Bocage.

Résultats des inoculations au lapin de fragments d'encéphale prélevés par ponction des paralytiques généraux, par C. Levaditi, A. Marie et P. Lépine. *C. R. de la Soc. de Biologie*, t. CIII, n° 7, 21 février 1930, pp. 467-469.

Par trépano-ponction au lit du malade on recueille 1 à 2 millimètres cubes de matière nerveuse sur la partie antérieure de l'hémisphère droit, on la broie dans un peu de liquide céphalo-rachidien du même malade et on inocule aux animaux. Des prélèvements faits sur six malades, ont été injectés dans les deux testicules de dix-neuf lapins mâles et dans le cerveau de deux macaques sans donner lieu à aucune transmission de syphilis apparente. Cinq des malades n'avaient subi aucun traitement antisyphilitique antérieur. A. Bocage.

Paris médical

Les épithéliomas professionnels, par P. Blum et J. Bralez. *Paris médical*, 20e année, n° 6, 8 février 1930, pp. 125 132, 6 fig.

Excellente revue générale sur cette question dans laquelle ils n'oublient pas le cancer du poumon des mines de cobalt arsenical du Schneeberg, et le cancer des voies urinaires des ouvriers inhalant des vapeurs d'aniline. Ils passent en revue la plupart des observations de cancers de la peau d'origine professionnelle, qui paraissent presque toujours en rapport avec l'emploi des dérivés de la houille ou des substances voisines, goudrons, huile lourde, hydro-carbures, bitume, etc... Ils décrivent les

formes cliniques, les formes chroniques anciennement connues, les formes aiguës plus nouvelles, et terminent leur article en passant en revue les hypothèses pathogéniques qui ont été faites. A. Bocage.

Les gommes syphilitiques du poumon et leur diagnostic radiologique, par E. Sergent et R. Benda. *Paris médical*, 20e année, n° 7, 15 février 1930, pp. 153-158, 8 fig.

Etude consacrée à la gomme solitaire du poumon, spécialement à son aspect radiologique. Après des généralités théoriques, une série d'observations bien choisies avec les clichés correspondants passent en revue les différents types, gommes ouvertes dans les bronches, gommes solitaires non ulcérées, insistant sur l'importance du traitement spécifique et des autres lésions syphilitiques tertiaires concomitantes pour asseoir le diagnostic. Il terminent en mentionnant quelques causes d'erreur à l'examen radiologique. A. Bocage.

Presse Médicale (Paris).

Le mycosis fongoïde : une réticulo-endothéliose de la peau, par Louis Berger et Arthur Vallée. *Presse Médicale*, 38e année, n° 11, 5 février 1930, p. 177, 3 fig.

Ayant étudié complètement quatre cas de mycosis fongoïde, les auteurs pensent que sous cette entité clinique peuvent se cacher des maladies très différentes, des leucémies, des granulomes, des états d'hyperplasies systématisées. Ces dernières seules doivent être nommées mycosis fongoïde ; cette systématisation de l'hyperplasie histiocytaire dans le tissu conjonctif lâche autour des phanères, des vaisseaux et des nerfs et la participation endothéliale leur font considérer le mycosis fongoïde comme une réticulo-endothéliose dermique, pouvant secondairement, mais non nécessairement, s'étendre à d'autres étages du système réticulo-endothélial. L'atteinte d'une partie étendue de ce système peut se manifester dans le sang par une monocytose à cellules plus ou moins pathologiques.

H. Rabeau.

Coagulation et carbonisation, par M. Vignal. *Presse Médicale*, 38e année, n° 11, 5 février 1930, p. 186, 3 fig.

V. passe rapidement en revue les indications de ces méthodes. La coagulation et la carbonisation par l'air ou l'oxygène surchauffé sous pression ne constituent que de rares indications : gangrène humide, phagédénisme étendu, large tuberculose cutanée, vaste radiodermite. Le champ de la diathermo-coagulation est, par contre, très vaste. M. Ravaut a montré les beaux résultats qu'elle permet d'obtenir dans le traitement des nævocarcinomes, c'est la méthode de choix. Elle constitue aussi un des meilleurs traitements du lupus, des angiomes, de toutes les tumeurs ou malformations de la peau, donnant de remarquables cicatrices. Le bistouri diathermique permettra de sectionner sans faire saigner. Avec

l'anse diathermique on pourra se débarrasser d'une lésion en l'enlevant couche par couche, en la rabotant. Elle a donné à V. d'excellents résultats dans les chéloïdes, le lupus, le rhinophyma. H. Rabeau.

Deux nouvelles réactions de floculation pour le séro-diagnostic de la syphilis : réaction de chylomération de Muller et réaction d'éclaircissement de Meinicke, par R. Demanche. *Presse Médicale*, 38e année, no 12, 8 février 1930, p. 205.

Lorsqu'on examine les tableaux publiés à la suite de la deuxième conférence sérologique internationale de Copenhague, on est frappé du pourcentage de résultats positifs chez les syphilitiques, fournis par la réaction de Muller, 314 sur 496 sérums, alors que le Bordet-Wassermann montre seulement 208 résultats positifs. D. expose la technique de cette réaction et d'une nouvelle réaction de Meinicke, différente des précédentes du même sérologiste. On ne saurait résumer les techniques délicates de ces réactions, dont la haute sensibilité est certaine. Les manipulations complexes qu'elles demandent, la lenteur avec laquelle elles donnent leurs résultats sont des obstacles à leur réalisation courante. La réaction de Kahn, qui donne des résultats presque comparables, est au contraire de réalisation facile, de lecture rapide. Il y aura toujours intérêt, pour l'exploration d'un sérum suspect, à grouper ces méthodes, méthode de fixation et méthode de floculation. Elles se contrôlent et se complètent.

H. Rabeau.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (Paris).

L'achromie parasitaire au Brésil (Note préliminaire), par P. de F. Parreiras Horta. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. I, no 2, février 1930, p. 152, 1 fig.

L'achromie parasitaire du visage et du cou attaque de préférence les individus de race noire et les mulâtres. Les taches blanches sont parfois si nombreuses et si vastes qu'à distance on peut diagnostiquer la maladie. Elles occupent surtout les zones latérales inférieures du visage et du menton. Suivant les cas, des squames furfuracées ou des écailles épaisses les recouvrent.

Cliniquement, la dermatose brésilienne paraît identique à celle qui a été décrite à Madagascar, qui est connue sous le nom de « Hodypotsy » et ressemble beaucoup à la *tinea alba* et la *tinea flava* de Castellani. Il semble que l'on puisse la classer parmi les achromies parasitaires de Jeanselme de la tête et du cou.

On trouve dans les squames un mycélium abondant et ramifié, ainsi que des spores qui se réunissent parfois sous forme de masses ou de nids, comme dans la *Malassezia furfur*. L'aspect des préparations fait penser à des formes de transition entre la malassezia et l'hormodendron. La culture est difficile. Le parasite isolé ne s'approche en rien de l'*Hormodendron Fontoynonti*. J. Margarot.

Lyon Médical.

Arthrite gonococcique. Sérum intraveineux. Guérison rapide, par Goyet et Naussac. *Lyon Médical*, t. CXLV, 62e année, 9 février 1930, p. 180.

Femme de 32 ans, atteinte d'arthrite blennorragique grave du genou droit.

On décide l'emploi du sérum antigonococcique intraveineux selon la méthode de Ravaut.

Choc intense, mais amélioration dès le lendemain. La malade s'est opposée au renouvellement des injections. Mais dix-huit jours après son injection, la malade se levait et marchait.

Les auteurs ne nient pas la valeur spécifique du sérum, mais pensent néanmoins que dans le cas particulier cette spécificité n'a pas joué le rôle dominant. Jean Lacassagne.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Epithéliomas cutanés du tronc (avec quelques remarques sur la verrue sénile et le kératome sénile). (Rumphaut-epitheliome (nebst Bemerkungen über du Verruca senilis und das Keratoma senile), par Walter-Freudenthal. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 158, nº 3, p. 538, 4 fig.

Description clinique et histologique d'une tumeur du dos cliniquement diagnostiquée comme épithélioma ou lésion précancéreuse, mais qui présenta histologiquement dans une partie de la coupe une grande ressemblance avec une verrue sénile et dans une autre partie des lésions que l'on pouvait rapprocher de celles de la maladie de Bowen.

L'auteur conclut qu'il faut être très prudent en admettant que les verrues séniles peuvent se transformer en épithéliomas, car il existe des verrues séniles, surtout à la face, qui ressemblent aux épithéliomas et aussi une forme épithéliomateuse ou précancéreuse, laquelle imite la verrue sénile. Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude du lupus miliaire disséminé de la face (Beitrag zur Lehre vom Lupus miliaris disseminatus faciei), par Samuel M. Peck. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 158, nº 3, 1929, p. 545.

Observation et bibliographie très détaillée du lupus miliaire disséminé atypique de la face. Un sujet de 36 ans présenta à la face des lésions papuleuses de teinte rouge brunâtre, très profondément infiltrées. Régression spontanée quelques mois après le début.

L'histologie montra une structure en partie granulomateuse, en partie tuberculeuse, mais absence de foyers nécrotiques.

L'inoculation au cobaye fut positive, l'intradermo-réaction à la tuberculine à 1 : 1000 négative.

L'auteur discute, à l'appui de ce cas, la valeur de l'allergie tuberculinique pour la compréhension des processus tuberculeux cutanés et spécia-

lement du lupus miliaire disséminé de la face. Il semble qu'on a tendance à exagérer un peu la valeur spécifique de l'allergie vis-à-vis de la tuberculine.

À côté de ce facteur, d'autres encore, non spécifiques et spécifiques semblent jouer un rôle dans la pathogénie des manifestations tuberculeuses cutanées. Olga Eliascheff.

Recherches sur l'action de la chaleur sur la peau (Untersuchungen über Hitzewirkung auf die Haut), par Max Michael et Hans Festenberg. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVIII, n° 3, 1929, p. 556.

Les auteurs apportent les résultats de leurs recherches sur l'action de la chaleur sur la peau :

1° L'action de la chaleur sur la peau produit dans toute la périphérie du territoire chauffé une élévation de la température, laquelle règle les différences de température des autres parties de la surface du corps ;

2° La chaleur locale (l'air chaud) produit, après une dilatation passagère, de tous les vaisseaux du territoire chauffé, alternativement une contraction et dilatation des capillaires et des vaisseaux afférents et efférents sous-jacents sous-papillaires. Ces derniers réagissent de la même façon que les capillaires et forment avec eux une unité fonctionnelle (« téléangies ») ;

3° L'irritation forte par la chaleur produit dans n'importe quel point de la périphérie une dilatation « des téléangies » et une augmentation du courant sanguin : l'irritation galvanique ne possède pas cette propriété.

Olga Eliascheff.

Dermatite myosalvarsanique et encéphalopathie (Ueber Myosalvarsan dermatitis und Encephalopathie), par Gustav Riehl jun. *Arch. für Dermatologie und Syphilis*, t. CLVIII, n° 3, p. 582.

Observation d'une dermatite grave suivi d'une encéphalopathie mortelle, après l'injection de myosalvarsan.

L'examen histologique du système nerveux central montra des lésions isolées de la névroglie. Olga Eliascheff.

Sur la chimie pathologique et l'hypersensibilité vis-à-vis de l'iode dans la dermatite herpétiforme de Dühring (Zur pathologischen Chemie und zur Jodueberempfindlichkeit bei Dermatitis herpetiformis Dühring), par Alfred Perutz et Stefanie Guttmann. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVIII, n° 3, p. 587.

Examen de deux cas de maladie de Dühring au point de vue des troubles du métabolisme minéral et aqueux. Il existe dans cette maladie une diminution du temps de résorption de la papule urticarienne produite par une injection intradermique de chlorure de sodium. L'auteur explique ce phénomène par un trouble du métabolisme minéral et aqueux. Après l'ingestion de chlorure de sodium le temps de résorption de la papule urticarienne est raccourci.

L'hypersensibilité vis-à-vis de l'iode dans le Dühring peut être supprimée par l'introduction dans l'organisme de chlorure de sodium, parce

que l'hypersensibilité vis-à-vis de l'iode est produite par une diminution de chlorure dans les tissus ; l'augmentation de chlorure de sodium peut empêcher la formation de bulles. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution expérimentale à l'étude des tuberculides cutanées (Experimenteller Beitrag zur Frage des Hauttuberkulide), par FRIEDRICH FISCHL. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVIII, n° 3, 1929, p. 615. 3 figures.

Recherches expérimentales pour reproduire chez les animaux sains (dans les veines des oreilles de lapins blancs) une tuberculose cutanée par :

1° le badigeonnage avec une suspension de bacilles de Koch de l'adventice des veines cutanées,

2° par l'introduction de bacilles tuberculeux dans la veine dont l'intima fut lésée.

Les résultats furent les suivants :

1° On ne peut pas reproduire une tuberculose vasculaire par les badigeonnages répétés de l'adventice, même avec des bacilles de Koch d'une haute virulence ;

2° L'introduction de bacilles de Koch vivants dans la veine ligaturée avec une intima lésée, produit trois semaines après l'injection une éruption papuleuse peu caractéristique (Tuberculides ?) ;

3° Si on injecte aux animaux le virus tuberculeux par voie sous-cutanée et si on introduit 4 semaines après aux mêmes animaux des bacilles vivants dans la veine ligaturée, il se produit à peu près 23 jours après des lésions papuleuses à l'oreille, des lésions tout à fait identiques aux tuberculides humaines, c'est-à-dire des papules avec un centre nécrotique et une structure histologique analogue aux tuberculides humaines ;

4° Il se produit chez les cobayes réinfectés par voie veineuse, le jour de la seconde infection, un œdème et une rougeur de la partie de la veine ligaturée ;

5° Deux animaux réinfectés par voie intraveineuse présentèrent des lésions analogues aux scrofulodermes et aux gommes tuberculeuses. La formation de ces lésions peut être expliquée par la perforation de la paroi veineuse et la pénétration de bacilles dans le tissu environnant.

A la suite de ces expériences et de celles de Lewandowsky (injections intracardiaques aux cobayes) l'auteur explique la pathogenèse des tuberculides de la façon suivante : les cobayes sains, mais excessivement réceptifs à la tuberculose, présentent des tuberculides après l'injection intracardiaque de bacilles tuberculeux et cela est un signe d'une septicémie à laquelle ils succombent (mêmes conditions chez le nourrisson).

Le lapin moins réceptif présente, après l'infection par voie sous-cutanée et réinfection (avec les bacilles humains et bovins) par injections dans la veine lésée et ligaturée de l'oreille, des lésions dans le territoire de la veine réinfectée, lésions qui ressemblent cliniqnement et histologique-

ment beaucoup aux tuberculides. Elles disparaissent complètement après quelques semaines, mais les animaux survivent souvent encore de longs mois (mêmes conditions chez l'homme ayant subi une infection tuberculeuse préalable). OLGA ELIASCHEFF.

Cristaux d'acide urique dans les hidrocystomes (Harnsäurekrystalle in Hidrocystomen), par WALTER FREUDENTHAL et ZWETADA GESEROWA. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVIII, n° 3, p. 724, 2 figures.

Description histologique d'une petite tumeur papillomateuse du front cliniquement diagnostiquée nævus mou ou nævus sébacé.

L'examen histologique montra un hidrocystome dans les conduits excrétoires des glandes sudoripares contenant une substance cristalline tout à fait analogue par sa forme et sa biréfringence, à l'acide urique.

Après l'addition d'acide chlorhydrique les cristaux restèrent sans changement, ils furent dissous par la soude caustique. OLGA ELIASCHEFF.

L'érythème noueux comme métastase bactérienne d'un ulcère aigu de la vulve (Erythema nodosum als bakterielle Metastase eines Ulcus vulvæ acutum), par JULIUS SAMEK et EMERICH FISCHER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVIII, n° 3, 1929, p. 729, 5 figures.

Observation d'une malade âgée de 19 ans atteinte de multiples nodules cutanés de teinte violacée, très douloureux, disséminés sur les jambes. A côté de ces lésions elle présenta une vaste ulcération des grandes et petites lèvres. L'ulcération, recouverte d'un enduit crémeux, présenta des bords polycycliques décollés.

L'examen bactériologique de l'enduit montra le *bacillus crassus* (Lipschutz). Le même bacille fut trouvé dans les coupes d'un nodule cutané extirpé et dans les hémocultures. Le tableau histologique du nodule fut celui d'un érythème noueux typique. C'est le premier cas décrit d'une bactériémie par le *bacillus crassus* et l'érythème noueux doit être considéré comme une métastase par voie sanguine.

OLGA ELIASCHEFF

Contribution à la question de l'équilibre acido-basique (réserve alcaline) du sang dans le psoriasis, l'eczéma et quelques autres dermatoses (Beitrag zur Frage des Säure-Basengleichgewichtes (Alkalireserve) im Blute bei Psoriasis, Ekzem und einigen anderen Dermatosen), par HELMUTH GRAF. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLVIII, n° 3, 1929, p. 767.

Recherches sur la réserve alcaline du sang dans le psoriasis, l'eczéma et dans quelques autres dermatoses.

Sur 100 cas examinés 30 sujets atteints d'eczéma et 30 de psoriasis ne présentèrent aucune diminution de la réserve alcaline. Toute une série d'autres dermatoses présenta aussi des valeurs normales. Dans un seul cas de lupus érythémateux aigu très grave la réserve alcaline a été diminuée. L'auteur est d'avis qu'il ne faut pas administrer inutilement des alcalins dans les dermatoses mentionnées ci-dessus.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la poïkilodermie atrophique vasculaire de Jacobi (Ueber Poikilodermia atrophicans vascularis Jacobi), par RICHARD GEIGER et JOSEF KONRAD. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLIX, nº 1, 1929, p. 1, 4 figures.

Observations et examens histologiques de deux cas de poïkilodermie de Jacobi, un chez un homme de 46 ans et l'autre chez une femme de 32 ans. Chez la dernière la maladie avait débuté à l'âge de 16 ans avec exacerbations en hiver. Guérison rapide avec forte pigmentation de toutes les lésions par une seule application de rayons limites de Bucky. Les auteurs considèrent la poïkilodermie comme une maladie autonome, une atrophie cutanée embryoplasmatique dans laquelle jouent un grand rôle les troubles du métabolisme basal, probablement ceux de la sécrétion interne. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de la diathèse exsudative. Les stigmates de l'état exsudatif (Zur Kenntnis der exsudativen Diathese. Die Stigmata des Status exsudativus), par ALFRED MULLER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 159, nº 1, 929, p. 25.

L'auteur étudie les rapports de « l'eczématoïde exsudatif tardif » avec la diathèse exsudative. L'auteur conclut que l'état exsudatif se manifeste de la façon suivante :

Il existe une disposition spéciale héréditaire ; dans la moitié des cas de consanguinité des parents on trouve de l'asthme et des lésions cutanées. « L'état exsudatif » se manifeste dans deux périodes de la vie : chez le nourrisson et à la puberté. Le stade terminal est à la ménopause. Dans un nombre de cas la maladie est continue et la combinaison du stade exsudatif avec l'asthme est fréquente dans les deux périodes. La marche de la maladie est en dépendance des saisons : aggravation surtout au printemps et en automne.

L'examen du sang révèle toujours une éosinophilie, la faculté de fixer les salicylates, une hypoglycémie ; la lymphocytose et la diminution du coefficient K/Ca doivent être considérées comme des signes de probabilité.

Le système vasculaire joue un rôle spécial : il existe un tonus augmenté du plexus sous-papillaire dont les manifestations sont : un dermographisme blanc, une teinte grise de la peau et l'absence du halo rouge après l'injection intradermique d'extraits allergiques. A côté de ces symptômes il y a une tendance à une basse tension artérielle.

L'état exsudatif se distingue par une tendance augmentée de réaction de la peau vis-à-vis des injections intradermiques d'extraits allergiques. Le diagnostic spécifique par cette réaction n'est possible comme dans l'asthme, que pour des cas isolés.

La réaction intradermique à l'extrait de squames humaines (d'après Storm) est positive dans 90 o/o des cas à la période tardive de l'état exsudatif ; à la période précoce le Storm est négatif.

Les allergènes de produits alimentaires jouent un rôle principal dans la période précoce, la voie d'entrée de ces allergènes est la muqueuse du tractus intestinal, à la période tardive, les voies respiratoires.

Il faut admettre un rapport de l'état exsudatif avec le système endocrinien, il existe une faiblesse du système surrénalien. Les recherches de Mayr et Moncorps parlent en faveur d'une insuffisance de la rate. L'ensemble des stigmates et l'état exsudatif parlent en faveur d'un trouble de l'équilibre sympathico-parasympathique, respectivement d'une irritation exagérée du système nerveux végétatif. Il faut admettre une diminution d'une substance analogue à l'histiamine.

OLGA ELIASCHEFF.

Observations cliniques sur l'immunité dans les mycoses superficielles du cuir chevelu (Klinische Beobachtungen über die Immunität bei oberflachlichen Pilzerkrankungen der behaarten Kopfhaut), par N. TSCHERNOGUBOW et E. MUSKABLÜT. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 159, n° 1, 1929, p. 46.

Les auteurs ont examiné un grand nombre d'enfants atteints de différentes mycoses du cuir chevelu au point de vue d'une réinfection, infection secondaire et infection due aux différents champignons combinés. Ils conclurent : sur 1.823 enfants atteints de mycoses du cuir chevelu (trichophytie, favus, microsporie) ; on constata de rares cas de réinfection ou superinfection ou polyinfection. Les auteurs ont constaté la présence d'infections combinées par des mycoses différentes.

On peut considérer les réinfections et superinfections comme un développement insuffisant de l'immunité. Il se développe non seulement une immunité spécifique, mais aussi une immunité de groupe (polyvalente). Cette dernière empêche, même en présence de conditions favorables, l'apparition de nouvelles maladies mycosiques. Le degré de l'immunité dépend visiblement du caractère du champignon : la microsporie des malades observés produite par le *Microsporon lanosum* développa la plus forte immunité de groupe. L'immunité produite par le *Trichophyton violaceum* se montra plus efficace que celle produite par le trichophyton cratériforme.

Mais même dans le cas d'un faible développement de l'immunité, l'influence de la première infection fut visible : une nouvelle affection se manifesta par une faible extension des lésions. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de la dermatite herpétiforme (Zur Dermatitis herpetiformis-Frage), par MARTIN FRIEDMANN *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 159, n° 1, 1929.

Observations de 5 cas de dermatites herpétiformes de Dühring que l'auteur divise en deux groupes : les sujets du premier groupe présentèrent une diminution de la thyroïde (sans myxœdème), ceux du second groupe une augmentation de la glande (sans symptômes basedoviens). Cette division est motivée non seulement par les différences somatiques, mais surtout par la faculté des malades à réagir vis-à-vis des extraits du lobe postérieur de l'hypophyse, le pituglandol. Pour le premier groupe de malades les lésions disparurent rapidement après plusieurs injec-

tions intramusculaires de cet extrait, les récidives purent être enrayées et même en partie supprimées par la continuation du traitement. Le groupe deux resta réfractaire à ce traitement.

L'auteur conclut que l'on devrait considérer la dermatite herpétiforme comme un symptôme, suite de troubles des différentes glandes sanguines. OLGA ELIASCHEFF.

Sensibilité à la tuberculine dans l'érythème polymorphe (Tuberculinempfindlichkeit bei Erythema exsudativum multiforme), par ERNST LIEBER. *Archiv. für Dermatology und Syphilis*, vol. 159, n° 1, 1929, p. 100.

L'auteur a recherché systématiquement par les réactions à la tuberculine les rapports entre l'érythème polymorphe et la tuberculose.

21 malades furent examinés dont 15 atteints d'érythème polymorphe typique, un d'un érythème polymorphe dû à l'iode, 3 de septicémie strepto- et staphylococcique avec lésions analogues à l'érythème polymorphe et 2 atteints de lésions polymorphes avec éléments nodulaires.

Sur 15 malades atteints d'érythème polymorphe typique, 14 présentèrent une réaction positive à la tuberculine ; sur ces quinze, neuf ne présentèrent aucun signe de tuberculose. Les autres malades montrèrent aussi une sensibilité augmentée vis-à vis de la tuberculine. Cette sensibilité ne semble donc pas spécifique.

On ne peut pas expliquer la réaction à la tuberculine par l'effet irritatif isomorphe. La durée de l'hypersensibilité est de 6 à 8 mois et cette dernière ne doit pas être considérée, vu les réactions positives dans l'intoxication (iodure) et l'infection (septicémie staphylo- et streptococcique) comme une allergie spécifique OLGA ELIASCHEFF.

Sur quelques cas de pellagre en Palestine (Ueber Pellagrafälle in Palastina), par ARIC DOSTROWSSKY. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 159, n° 1, 1929, p. 112, 5 figures.

Description de onze cas de pellagre observés en Palestine parmi la population pauvre indigène et émigrée de différentes nationalités sans distinction de sexe ou de race. La présence de cette maladie en Palestine prouve que la nourriture des masses populaires est insuffisante et irrationnelle. Il n'exista, dans les cas observés par l'auteur, aucun rapport entre la maladie et la nourriture par le maïs. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude des vergetures (Ueber Striæ atrophicæ), par FRANZ WIRZ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 159, n° 1, 1929, p. 124, 4 figures.

Description clinique et histologique des lésions dans deux cas de vergetures, lésions examinées dès leur apparition jusqu'au stade terminal.

Début dans un cas par l'apparition de petites papules inflammatoires, en partie urticariennes. Ces papules se groupèrent en bandes suivant les lignes de la peau, l'atrophie débuta au centre de ces bandes lesquelles se transformèrent en vergetures. Les vergetures au début d'une teinte jaune devinrent jaune-orange, bleutées, bleues et enfin blanches.

L'histologie montra des hémorragies nettes, disparition circonscrite du tissu élastique avec des masses cellulaires au pourtour des restes des fibres élastiques (cellules élastinoclastes). L'hémorragie et la formation de vergetures ont une même étiologie et pathogénie. Ces cas correspondent tout à fait à la description des maîtres de l'Ecole viennoise.

OLGA ELIASCHEFF.

Infections cutanées expérimentales et le système réticulo-endothélial (Experimentelle Hautinfektionen und reticuloendotheliales System), par MAX JESSNER et HEINRICH HOFFMANN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 159, n° 1, 1929, p. 132.

Les auteurs ont recherché systématiquement par un blocage avec le trypanbleu du système réticulo-endothéliale les rapports entre le système réticulo-endothélial et les processus d'immunisation.

Ils ont choisi pour leurs expériences la trichophytie du cobaye, la sporotrichose cutanée du rat et l'infection du lapin par le vaccin antivariolique. Plus de 100 cobayes, 22 lapins, plusieurs rats et souris servirent à ces expériences.

Les auteurs concluent : Le « blocage » du système réticulo-endothélial dans la sporotrichose cutanée du rat et l'infection du lapin par le vaccin antivariolique n'influence pas visiblement le temps de l'incubation, ni le cours et les conditions de l'immunité.

Dans la trichophytie du cobaye le blocage, surtout la surcharge avec le trypanbleu, produit un changement dans le cours de la maladie dans ce sens qu'elle s'étend très vite au delà du point d'inoculation, elle reste assez longtemps superficielle et les lésions sont excessivement riches en champignons. Le blocage n'empêche pas ni la guérison spontanée ni l'apparition prompte de l'immunité. OLGA ELIASCHEFF.

Sur la fréquence de la présence de streptocoques sur la peau normale (Ueber die Hæufigkeit des Vorkommens von Streptokokken auf normaler Haut) par PAUL JORDAN. *Archiv für Dermatologie and Syphilis*, vol. 159, n° 1, 1929, p. 152.

Pour contrôler l'opinion répandue que l'on trouve rarement des streptocoques sur la peau normale (en 15 pour 100 des cas), l'auteur a recherché la présence de streptocoques sur 150 sujets. Le matériel à ensemencer fut prélevé sur six différents points du tégument (pli naso-labial, région rétroauriculaire, l'aisselle, face d'extension de l'avant-bras et de la jambe, dos).

148 sujets sur les 150 examinés furent porteurs de streptocoques et l'auteur conclut que l'on peut toujours trouver sur toute peau saine des streptocoques si on ensemence une quantité suffisante de squames d'après le procédé de Griffon-Balzer-Sabouraud. La méthode de Sabouraud est la méthode de choix pour la démonstration même de petites quantités de streptocoques. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude des nævi conjonctifs (Zur Kenntnis der bindegewebigen Nævi), par H. Haber. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 159, n° 1, 1929, p. 156, 2 figures.

Description de nævi conjonctifs apparus tardivement à l'âge de 52 ans. Localisation à la face et dans les régions génitale et anale.

L'examen histologique montra une hypertrophie et une hémogénisation du tissu collagène du corps papillaire et sous-papillaire. Absence de tissu élastique dans le tissu conjonctif modifié et dégénérescence dans les autres parties de la lésion.

Il s'agit de fibromes cutanés avec modifications qualitatives et quantitatives du tissu élastique. Olga Eliascheff.

Essais de fixation du complément dans la tuberculose cutanée avec le nouvel antigène de Neuberg et Klopstock, extrait alcoolique épuisé par l'épichlorhydrine (Komplementbindungsversuche bei Hauttuberkulose mit dem neuen durch Epichlorhydrin-Vorbehandlung und Alkoholextraktion gewonnenen Antigen nach Neuberg und Klopstock), par Fanny Cohn. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 159, n° 1. 1929, p. 161.

L'auteur a utilisé pour la réaction de fixation du complément dans la tuberculose, l'antigène de Neuberg et Klopstock (un extrait alcoolique de bacilles tuberculeux épuisé préalablement par l'épichlorhydrine).

385 sérums furent examinés : dont 142 de malades atteints de tuberculose cutanée, 115 de tuberculose pulmonaire et 7 de tuberculose oculaire, 121 sérums témoins de sujets atteints de lupus érythémateux (18 cas), syphilis (63 cas dont 49 avec réactions de Bordet-Wassermann positives).

Dans les cas de tuberculose cutanée combinée avec la tuberculose pulmonaire les résultats de fixation du complément furent les mêmes que dans la tuberculose pulmonaire sans tuberculose cutanée. Il semble donc que le résultat de la réaction de fixation n'est nullement influencé par la présence d'une tuberculose cutanée et qu'il dépend uniquement de la tuberculose pulmonaire.

Il résulte de ces recherches que la réaction de fixation du complément dans la tuberculose d'après la méthode de Neuberg et Klopstock ne peut pas servir pour le diagnostic de la tuberculose cutanée et aussi que la tuberculose pulmonaire et cutanée agissent tout à fait différemment sur l'organisme. Olga Eliascheff.

Contribution à la thérapeutique de l'atrophie cutanée idiopathique (Zur Frage der Therapie der idiopathischen Hautatrophie), par Artur Hertz. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 159, n° 2, 1930, p. 170, 2 figures.

Observation d'un cas d'une atrophie cutanée inflammatoire d'étiologie inconnue traitée par la diathermie avec un résultat très satisfaisant. L'auteur recommande cette thérapeutique dans toutes les atrophies idiophatiques cutanées. Olga Eliascheff.

Nouvelles contributions à l'étude des soi-disant cylindromes du cuir chevelu (Weitere Beiträge zur Kenntnis der sogenannten Zylindrome der

Kopfhaut), par Albert Wiedmann. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 159, n° 2, 1930, p. 180, 5 fig.

Observations de trois cas de cylindromes du cuir chevelu (tumeurs de Spiegler) constatés dans quatre générations et d'un quatrième cas avec transformation maligne.

L'hérédité est une nouvelle preuve de l'origine nævique de ces tumeurs. L'auteur a pu démontrer dans un de ces cas une relation de la tumeur avec l'épithélium folliculaire, il s'agit donc d'un néoplasme d'origine épithéliale. Olga Eliascheff.

Zona et leucémie, avec quelques remarques sur la provocation d'infiltrats leucémiques dans la peau (Zoster und Leukämie, nebst Bermerkungen über die Provokation leukämischer Infiltrate in der Haut), par Herbert Halle. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 159, n° 2, 1930, p. 238.

Observations de 3 cas de zona apparus chez des sujets atteints de leucémie, avec formations d'infiltrats leucémiques dans les cicatrices du zona. D'après les cas de l'auteur et la bibliographie, on voit dans la leucémie assez fréquemment chez les sujets âgés l'apparition de zona avec vésicules disséminées. Ces cas semblent démontrer le rôle du traumatisme et des autres irritations dans l'apparition de foyers leucémiques cutanés. Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude de la « schizosaccharomycose » de Benedek (Zur Frage der Schizosaccharomycose « Benedek »), par Hans Biberstein et Stephan Epstein. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 159, n° 2, 1930, p. 250.

Les auteurs ont recherché systématiquement par la culture et par les méthodes immunobiologiques la présence de la levure décrite par Benedek dans l'eczéma séborrhéique et dans les autres maladies réunies par lui sous les dénominations : « Schizosaccharomycoses » resp. « Schizosaccharomycides ». Ils n'ont trouvé le *Schizosaccharomyces hominis* » qu'une seule fois dans un cas de psoriasis et ils concluent qu'il est excessivement rare dans leur région (Breslau). Ils n'ont pas non plus réussi à obtenir par les cultures, mises à leur disposition par Benedek, la déviation du complément spécifique, ni l'intradermo-réaction. Les intradermo-réactions positives par ses allergènes ne sont pas spécifiques. Le Schizosaccharomycès est donc un saprophyte, et il n'est pas étonnant de le rencontrer aussi une fois dans le psoriasis. Olga Eliascheff.

Deux cas de scléro-poïkilodermie (Zwei Fälle von Sclero-Poikilodermie), par Kaete Jaffé. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 159, n° 2, 1930, p. 257, 6 fig.

Description de deux cas de scléro-poïkilodermie (Arndt). Ces cas ressemblent à la poïkilodermie de Jacobi par la pigmentation en réseau et les télangiectasies, mais se distinguent de cette maladie par la présence de peu d'atrophie et par la combinaison avec la sclérodactylie. L'auteur ne considère pas la poïkilodermie comme un groupe autonome.

On a publié des cas de cette maladie qui se rapprochent du lupus érythémateux, d'autres de l'atrophie cutanée chronique idiopathique, d'autres encore de la sclérodermie. OLGA ELIASCHEFF.

Leucomélanodermie suite de troubles du système nerveux végétatif dus au salvarsan (Leukomelanodermie durch Salvarsanschädigung des vegetativen Nervensystems), par SH. DOHI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 159, n° 2, 1930, p. 269, 2 fig.

L'auteur a observé un cas de leucomélanodermie disséminée sur le cuir chevelu et toute la surface cutanée due à un trouble du système nerveux végétatif après une dermatite salvarsanique. Les examens fonctionnels du système nerveux montrèrent une hypersensibilité du sympathique, c'est-à-dire une sympathicotonie. OLGA ELIASCHEFF.

Sur le cours de l'infection intradermique par le bacille de Koch et l'apparition de foyers cutanés disséminés (tuberculides) chez des animaux après l'extirpation des ganglions (Ueber den Verlauf der intradermalen Tuberkelbacillen-Infektion und das Auftreten disseminierter Hautherde (Tuberkulide) bei « entdrüsten » Meerschweinchen), par H. MARTENSTEIN et C. F. HAHN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 159, n° 2, 1930, p. 276, 1 fig.

Se basant sur les travaux antérieurs (Martenstein et Anaster) sur les rapports entre le volume du foyer d'inoculation tuberculeux et l'intensité de réaction des ganglions lymphatiques régionaux et éloignés de la région (chez le cobaye) les auteurs ont tâché d'élucider si le foyer cutané tuberculeux augmentait beaucoup de volume, quand on extirpe chez l'animal, avant l'infection tuberculeuse cutanée, les ganglions lymphatiques, axillaires et inguinaux. Ils ont employé la même technique : 1/100 mg. de bacilles tuberculeux en injections intradermiques. Les résultats furent les suivants :

Le cours de l'infection intradermique avec 1/100e mgr. de bacilles tuberculeux montre chez les cobayes, après l'ablation des ganglions soit uni, soit bilatérale, des différences considérables avec le cours de la maladie chez les animaux porteurs de leurs ganglions.

1° Le temps de l'incubation (apparition du chancre d'inoculation) est plus court chez les animaux sans ganglions du côté du point d'inoculation, il est sans changement du côté opposé et prolongé chez les animaux sans ganglions bilatéraux.

2° Chez tous les animaux chez lesquels les ganglions ont été extirpés et qui survivent assez longtemps, apparaissent du côté du point d'inoculation et en partie aussi du côté opposé des lésions disséminées du volume d'un grain de lin (Tuberculides). La nature tuberculeuse de ces lésions est démontrée par l'examen histologique et la présence de bacilles de Koch dans les coupes.

Les tuberculides apparaissent 1 semaine et demie à 3 semaines après l'inoculation (chez les animaux sans ganglions du côté opposé au point d'inoculation) après 3 semaines et demie (sans ganglions du côté de

l'inoculation) et après 3 semaines et demie à 5 semaines (sans ganglions des deux côtés) sur le côté inoculé, éventuellement, sur le côté opposé.

3° Les ganglions non extirpés d'un côté (extirpés d'un seul côté) sont atteints beaucoup plus rapidement que les ganglions des animaux témoins, de façon que l'adénopathie précède toujours l'accident primitif.

Les lésions des organes internes, surtout de la rate, apparaissent beaucoup plus tôt chez les cobayes sans ganglions, que chez les animaux témoins. OLGA ELIASCHEFF.

Sur le rôle du traumatisme dans l'étiologie et sur le cours de la lèpre (Ueber die Rolle eines Insultes in der Ætiolagie und im Verlaufe der Lepra), par J. E. BRAUL. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 159, n° 2, 1930, p. 308.

Aggravation dans 8 cas de lèpre par un traumatisme (opération, brûlures) et par des maladies infectieuses, comme la grippe et le paludisme. L'auteur admet comme possible que l'incubation si longue dans la lèpre, ne soit autre chose qu'une « infection muette » à laquelle doit se joindre un traumatisme quelconque, par exemple une autre infection, pour que la maladie devienne manifeste ou progresse. Presque tous les lépreux accusent un refroidissement avant l'apparition de leur maladie.

OLGA ELIASCHEFF.

Trichophytie atypique. Cultures positives de Trychophyton violaceum dans le sang (Atypische Trichophytie. Positive Blutkulturen von Trichophyton violaceum), par ROBERT BERNHARD et A. WILENCZYK. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 159, n° 2, p. 313, 2 figures.

Observation d'un cas de trychophytie atypique datant de 5 ans et due au *Trichophyton violaceum* (Cultures).

Une paysanne âgée de 21 ans présenta sur le cuir chevelu, la joue, la nuque, dans la région interscapulaire, des taches d'un rose-rouge, peu squameuses. Des lésions analogues symétriques se trouvèrent sur les bras, les mains, les doigts, les membres inférieurs, les ongles.

Dans le sang de la malade (cultures sur bouillon, bouillon glucosé, agar, agar de Sabouraud, sur les milieux de Wrzosek et Farozzi) on trouva des champignons morphologiquement identiques au *Trichophyton violaceum*. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution expérimentale à l'étiologie du prurigo estival (Experimenteller Beitrag zur Ætiologie der Prurigo æstivalis), par J. MUHLMANN et A. AKOBJAN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 159, n° 2, 1930, p. 318.

Observation et examen histologique d'un cas de prurigo estival. Les auteurs ont injecté le sérum de la malade atteinte de prurigo aux rats blancs et les ont soumis aux rayons ultra-violets.

Les rats présentèrent *pendant* l'irradiation des manifestations suivantes : salivation, larmoiement, polyurie, hypérémie et œdème des con-

jonctives et de la muqueuse nasale, démangeaisons, excitation, enfin faiblesse et somnolence. Les manifestations *après* l'irradiation furent : larmoyement, conjonctivite, œdème de la face, une teinte terne du poil, faiblesse générale, excitation, œdème, gangrène et dans un cas amputation spontanée d'un membre :

Il s'agit dans ces cas du tableau classique de l'effet photodynamique et les auteurs concluent que le prurigo estival est dû à une substance du sérum sanguin transmissible et photosensible. OLGA ELIASCHEFF.

Expériences sur la tuberculose cutanée hématogène de l'animal produite par le traumatisme (Tierexperimentelle Untersuchungen über hæmatogene, traumatisch bedingte Hauttuberkulose), par WERNER JADASSOHN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 159, n° 2, 1930, p. 324.

L'auteur apporte une contribution expérimentale à l'étude du rôle du traumatisme dans la tuberculose cutanée.

J. injecta aux cobayes et aux lapins dans le cœur une émulsion de bacilles tuberculeux d'une culture très virulente. La peau des animaux fut légèrement traumatisée immédiatement après l'injection.

Le résultat fut positif dans un certain nombre de cas chez les cobayes et une fois chez le lapin ; le lapin présenta des lésions tuberculeuses avec bacilles de Koch à l'endroit traumatisé (oreille). Il résulte de ces expériences que le traumatisme joue pour la localisation des bacilles de Koch un rôle aussi important que pour la localisation des spores de champignons dans les mycoses du cobaye. Mais les lésions cliniques de la tuberculose apparaissent infiniment moins fréquentes que celles de la trichophytie. OLGA ELIASCHEFF.

Stase lymphatique de la peau de la verge, suite d'une lymphadénite et lymphangite blennorragique (Lymphstauung der Penishaut als Folge gonorrhischer Lymphadenitis und Lymphangitis), par JULIUS SAMEK. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 159, n° 2, 1930, p. 231, 3 fig.

Cas d'un éléphantiasis de la verge suite d'une lymphadénite et lymphangite d'origine blennorragique.

A l'entrée à l'hôpital le malade présenta une blennorragie aiguë sans complications du côté des ganglions. Phimosis à la suite d'un œdème inflammatoire aigu du prépuce et de la peau de la verge, avec adénopathie inguinale. Guérison de la blennorragie, deux mois après le début, par injections de trypaflavine et vaccins. L'œdème de la verge persiste. Les ganglions sont durs, peu sensibles. L'examen d'un ganglion extirpé montre la présence de gonocoques (cultures) et une lymphadénite chronique sclérosante.

Les rayons X sur les ganglions inguinaux amenèrent en trois mois une grande amélioration de l'éléphantiasis. OLGA ELIASCHEFF.

Sur les nodosités des vachers (Ueber Melkerknoten), par M. OPPENHEIM et A. FENLER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 159, n° 2, 1930, p. 334, 3 figures.

Observation d'un cas de nodosités des vachers localisées sur les deux mains et à la face, localisation très rare. La présence de nodules à la face fait supposer un virus auto-inoculable, qui n'est pas en état de produire une immunité. Ces lésions rentrent dans le groupe des maladies professionnelles et sont dues à une contamination par le cow-pox.

Les inoculations d'une émulsion de nodules dans du sérum physiologique à la cornée du lapin, à la peau de cobayes et la transmission sur la même malade furent négatives.

Les auteurs expliquent ce résultat négatif par la perte de virulence d'un virus déjà atténué.

L'histologie des nodosités est en général celle de la verrue vulgaire, elles doivent donc être considérés comme des acanthomes et hyperkératomes. OLGA ELIASCHEFF.

L'état actuel des recherches sur le pemphigus avec expériences sur le temps de résorption de la papule urticarienne et le métabolisme du chlorure de sodium. (Der augenblickliche Stand der Pemphigusforschung mit experimenteller Prüfung der Quaddelresorptionszeit sowie des Kochsalzstoffwechsels), par H. FONROBERT. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 159, n° 2, 1930, p. 343, 5 figures.

Recherches microscopiques de l'agent pathogène décrit par Lipschutz du pemphigus dans le contenu et dans les coupes de bulles, tous ces examens ne donnèrent pas de résultats positifs sûrs. L'auteur n'a trouvé ni les cytoplasmes ni les anaplasmes de Lipschutz.

A côté de ces recherches F. apporte dans le même travail les résultats obtenus dans le pemphigus par les examens biologiques, hématologiques et neurologiques. Il conclut que l'on trouve toujours dans le pemphigus une rétention de chlorure de sodium et que le degré de cette rétention est toujours proportionnel à la gravité du tableau clinique.

2° Le temps de résorption de la papule urticarienne est plus court que normalement, ici aussi existe un rapport direct avec la gravité de la maladie.

3° Le nombre des cellules éosinophiles est très augmenté : plus l'état du malade est grave, plus le nombre des éosinophiles augmente, seulement immédiatement avant la mort le nombre diminue (absence de résistance de l'organisme).

Se basant sur les publications antérieures et sur ses cas personnels, l'auteur admet que le pemphigus est dû aux troubles de la fonction des glandes endocrines, principalement des glandes sexuelles. L'apparition plus fréquente chez la femme atteinte de troubles menstruels (ménopause, gravidité) parle en faveur de cette hypothèse. Ces troubles fonctionnels des glandes endocrines sont la conséquence de troubles du système nerveux sympathique. OLGA ELIASCHEFF.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Altérations de la peau et de la muqueuse buccale dans l'ulcère aigu de la vulve (Ueber Haut- und Mundschleimhauterscheinungen beim Ulcus Vulvæ acutum), par L. Kinner. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVII, f. 6, février 1930, p. 401, 6 fig.

Dans 7 cas (dont 2 personnels) d'ulcère aigu de la vulve chez des jeunes filles, on a signalé des efflorescences aphteuses de la bouche (6 cas) ou des efflorescences cutanées en forme d'érythème noueux (3 fois). Dans un cas, Smith a retrouvé dans l'exanthème cutané le *Bacillus crassus*, et on en a conclu qu'il s'agissait au moins dans ce cas d'une infection par ce bacille. Il est possible que ces cas soient en rapport étroit avec l'aphtose, mais cela n'est pas encore bien élucidé.

(Ce travail est très intéressant pour les auteurs français ; on s'explique pourquoi ils portent si rarement le diagnostic d'ulcus aigu des jeunes filles de Lipschütz : ils les confondent, peut-être non sans raison, avec certaines variétés d'aphtes. N. d. T.) Ch. Audry.

La résistance des dermatophytes à la chaleur (Die Hitzeresistenz der Dermatophyten), par Kadisch. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVII, f. 6, février 1950, p. 412.

Cette résistance varie suivant les espèces.

Dans tous les cas, un séjour de 40 à 60 minutes dans l'eau salée à + 56° suffit à les tuer. Après 30 minutes dans ces conditions, beaucoup de cultures résistent. Jamais 10 minutes n'ont suffi, à l'encontre des constatations de Weidemann Cette différence de résultats tient à l'emploi de meilleurs milieux nutritifs alcalins. 10 minutes à + 60° suffisent pour stériliser les germes. La stérilisation à la vapeur est donc plus que suffisante. Mais ces procédés de stérilisation (chaleur) restent inapplicables pour la laine, la soie et le crin, qui sont de bons milieux de soutien pour les dermatophytes. Ch. Audry.

Les groupes sanguins en dermatologie ; leur répartition en Hesse Supérieure (Blutgruppen in der Dermatologie ; Blutgruppenverteilung in Oberhessen), par H. Winter. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVII, f. 6, février 1930, p. 432.

Les 1.500 individus examinés par W. proviennent de la partie nord de la Hesse Supérieure.

L'auteur suit la classification de Bernstein ($r . p . q$; $r + p + q$). Après avoir rappelé les travaux et résultats antérieurs et la fixité des indices dans les races et peuples (on retrouve chez les Allemands émigrés en Hongrie méridionale depuis 200 ans, la même répartition que chez les Allemands d'aujourd'hui à Heidelberg ; de même les Tziganes, d'origine hindoue, ont même indice que les Hindous actuels : 0,6). W. étudie les variations des groupes dans les dermatoses, la syphilis avec sérologie positive ou négative, les maladies nerveuses et mentales, d'autres affections et la grossesse. Il conclut que les groupes sanguins

se répartissent comme suit : O = 38,8 o/o ; A = 45,2 o/o ; B = 10,7 o/o ; AB = 5,3 o/o ; $\frac{A + AB}{B + AB} = 3,16$.

Le petit nombre des observations ne permet pas de tirer des conclusions fermes; mais il importe de poursuivre les investigations larges qui les autoriseront plus tard. L. CHATELLIER.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Modifications de l'aspect de la peau sur le cadavre (Veränderungen der Hautfelderung an der Leiche), par BETTMANN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, nº 5, 1er février 1930, p. 161, 3 fig.

Par la méthode des dermatogrammes, B. a étudié sur un même cadavre les modifications qui apparaissent progressivement dans le dessin cutané après la mort. Au bout d'une heure, l'image reproduit encore l'aspect normal ; les altérations s'accusent peu à peu. Les plis secondaires verticaux s'effacent, les plis horizontaux persistent encore au bout de 11 heures, puis à leur tour ils tendent à disparaître, cependant que les orifices folliculaires s'élargissent. On peut constater aussi, sur d'autres cadavres, dans le même délai, la disparition de tout ordre ou de toute configuration précise. Ces différences sont dues à l'action de facteurs divers : température extérieure, altérations de la structure et de l'hydratation cutanées, état du patient avant la mort, cause du décès, âge, sexe, etc.; donc peu de valeur pratique. L. CHATELLIER.

Contribution à la connaissance et au traitement de la Schizosaccharomycide pompholyciforme (ou dishidrose « vraie », « amycosique ») [Beitrag zur Kenntniss und Therapie des pompholyziformen Schizosaccharomykids (sog. « echte », « amykotische » Dyshidrosis)], par T. BENEDEK et H. GREIF. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, nº 5, 1er février 1930, p. 166, 5 fig.

B. a déjà soutenu la nature parasitaire de la dyshidrose de T. Fox ou Pompholyx de Robinson, qu'il considère comme une levuride par infection hématogène. A propos d'un nouveau cas, traité sans succès depuis 2 ans 1/2 par les méthodes les plus diverses, B. et G. démontrent par la culture qu'il s'agit d'une lésion provoquée par le schizosaccharomyces ; les intradermoréactions à un vaccin levuraire sont positives. Par des injections de vaccin intradermique, ils obtiennent la guérison en 4 semaines. L. CHATELLIER.

La question du dosage des Rayons X (Fragen der Rontgendosierung), par GÖRL. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, nº 5, 1er février 1930, p. 177.

En réponse à l'article de Stern sur l'influence de l'humidité atmosphérique sur les tablettes de Sabouraud-Noiré, G. constate, après expérimentation, que l'humidité (provoquée) modifie la sensibilité de ces tablettes. La limite des variations est de 5 o/o ; donc sans danger. L'auteur propose une technique à l'usage du praticien pour la mesure précise des

doses érythème (emploi d'un papier au bromure d'argent). Au reste la méthode de Sabouraud-Noiré demeure toujours utile, quand le praticien se confine dans les rayons entre 6 et 8 « Wehnelt ». A quoi Stern (même journal, même numéro, p. 182) répond que ses constatations, vérifiées en partie par G., n'ont d'intérêt que pour le jeune praticien, et non pour le radiologue expérimenté, habitué à manipuler lui-même ses appareils.

L. CHATELLIER.

Contribution à l'étiologie de l'urticaire (Beitrag zur Ætiologie der Urtikaria), par SKALA-ROSENBAUM. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 6, 8 février 1930, p 205.

Pour Samberger, l'urticaire est due à une altération du système neuro-végétatif. Elle peut être provoquée par une piqûre d'insecte ou une intoxication d'origine interne. L'auteur a utilisé un hydroxyde colloïdal de magnésium (Polysan), appliqué localement. Dans une série d'expériences, il a montré que le Polysan modifie et supprime rapidement la papule déterminée par la piqûre de guêpe et par les orties. Chez une malade piquée à la langue par une guêpe, le polysan a supprimé en peu de temps un œdème lingual menaçant. Son action curatrice s'est affirmée sur une malade atteinte d'urticaire tenace et très prurigineuse. Le magnésium agit comme alcalinisant et son action est à la fois antagoniste et synergique de celle du Ca sur le système neuro-végétatif.

L. CHATELLIER.

Réactions causées par le traitement arsenical et les réactions artificiellement provoquées, et leur effet sur le spirochète et la syphilis (Ueber die durch Salvarsantherapie entstandenen und künstlich erzeugten Reaktionen sowie über ihre Wirkung auf die Spirochæta pallida und die Lues), par G. GJORGJEVIC et S. BUGARSKI. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 6, 8 février 1930, p. 209.

De l'observation de 80 malades (S^1, S^2) par l'ultramicroscope, la sérologie et la clinique, les auteurs concluent que :

Le traitement antisyphilitique par l'arsenic est plus actif quand le médicament provoque des réactions générales (fièvre, parfois élevée ; frissons, sueurs, etc.). Son efficacité est d'autant plus rapide et durable, que les réactions sont plus vives. Les meilleurs résultats s'observent quand les réactions sont constantes pour les doses les plus faibles.

Lorsque l'arsenic ne détermine aucune réaction, on améliore les résultats en provoquant des réactions artificielles par le moyen de vaccins (antityphique, antigonococcique). Les plus fortes réactions spontanées ou provoquées n'ont jamais donné lieu à des complications viscérales.

L. CHATELLIER.

Hémiatrophie faciale alternante progressive avec alopécie, troubles pigmentaires et atrophie cutanée d'un seul côté (Hemiatrophia alternans facialis progressiva mit halbseitiger Alopezia, Pigmentverschiebung und Hautatrophie), par E. BERNSTEIN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 6, 15 février 1930, p. 235, 3 fig.

Chez une jeune fille de 20 ans, hémiplégie alternante faciale à type Millard-Gubler, avec atrophie faciale droite, alopécie partielle de l'hémicrâne droit, atrophie cutanée de la face. Sur le côté droit du cou, zones de dépigmentation et d'hyperpigmentation. Sur la jambe gauche, atrophie cutanée. En somme hémiatrophie faciale alternante progressive de Romberg ayant débuté à l'âge de 8 ans, associée à des altérations cutanées d'origine centrale. L. CHATELLIER.

Sur l'emploi de l'iontophorèse dans le traitement des dermatoses (Zur Verwendung der Iontophorese zur Behandlung von Erkrankungen der Haut), par E. KÆSTENBAUM. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, 15 février 1930, n° 8, p. 238.

Par cette méthode, K. a traité avec succès : des acnés rosacées rebelles (quinine et adrénaline), des acnés vulgaires (quinine-adrénaline et ammoniaque), des séborrhées tenaces (quinine et ammoniaque). L'iontophorèse à la cocaïne trouve son application dans certaines maladies douloureuses : névrite, névralgies, rhumatismes musculaires, où la sédation obtenue est complète et durable. Dans le zona et les rhumatismes du genou, les résultats sont inconstants et souvent passagers. Il convient de mettre l'électrode active au niveau des zones cutanées qui correspondent aux régions douloureuses. L'iontophorèse à la cocaïne-adrénaline donne une anesthésie parfaite, à rechercher dans les interventions superficielles (détatouage, scarification, ablation de nævi pigmentés ou de télangiectasies); grâce au choix judicieux des médicaments, et dans les cas rebelles aux thérapeutiques habituelles, l'iontophorèse reste une méthode utile, malgré les difficultés techniques. L. CHATELLIER.

Sur la réaction potentielle du sérum sanguin en particulier dans les dermatoses et la grossesse (Ueber die potentielle Blutserumreaktion insbesondere Hautkranken und Graviden), par C. BRUCK. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 8, 15 février 1930, p. 243.

Après avoir rappelé les nombreuses recherches effectuées sur le pH dans les dermatoses, B. propose une technique plus simple qui étudie « la réaction potentielle du sérum », c'est-à-dire le pouvoir de fixation du sérum vis-à-vis des acides (à 0 cm^3 2 de sérum humain fraîchement prélevé, ajouter 1 goutte de l'indicateur universel et 1 cm^3 5 d'acide chlorhydrique au 1/100e (10 cm^3 HCl 1/10 + 90 cm^3 eau salée à 0,9 o/o) : normalement, il se forme un précipité vert-gris-vert ; toute augmentation de l'acidité sérique se traduit par une teinte rouge plus ou moins intense). Les résultats sont constants : dans les dermatoses 23 o/o de réactions acides, dans la grossesse 97 o/o ; chez l'homme sain ou atteint d'autres affections, 2,5 o/o. Des études ultérieures sont nécessaires pour savoir si cette méthode peut servir à délimiter des types dermatologiques et si elle a une utilité réelle dans le diagnostic de la grossesse.

L. CHATELLIER.

Notions nouvelles sur la signification du psoriasis (Neuere Erkenntnisse über das Wesen der Psoriasis), par F. Samberger. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 8, 22 février 1930, p. 261, 2 fig.

La « vitalité » d'un organe multicellulaire peut se mesurer aux réactions des cellules constituantes qui se défendent contre les actions nocives. Dans la peau, les processus de défense sont la transformation cornée, la pigmentation, la cohérence et la production d'anticorps. Chez les psoriasiques, la transformation cornée est supprimée et remplacée par la parakératose, d'où impossibilité pour la peau de former des pustules, des callosités ; mais formation constante d'éléments psoriasiques sous l'influence des agents irritatifs ou microbiens. Il y a aussi diminution de la fonction pigmentaire (leucodermie). Quant à la cohérence des cellules épidermiques, elle n'est pas accrue comme le croyait Unna qui qui avait été frappé de l'absence de toute réaction exsudative dans les efflorescences. Cette sécheresse est due à une hyposécrétion de la lymphe par l'endothélium des capillaires sanguins. L'acanthose si fréquemment constatée dans les papules psoriasiques est toujours minime et ne saurait se comparer à l'acanthose si active du lichen plan. Cette diminution de la vitalité des cellules épidermiques est indépendante de l'insuffisance fonctionnelle des capillaires. Le psoriasis est dû à une déficience biologique congénitale, généralement héréditaire de la peau : c'est donc un trouble du développement, plus ou moins accusé selon les sujets, mis en évidence par une atteinte microbienne (le plus souvent à staphylocoque) ou mycosique. L'origine de cette déficience congénitale est encore mal connue : S'agit-il d'une altération primitive de la peau, ou d'une altération secondaire à des déficiences endocriniennes ? Il n'y a pas de traitement capable de remédier à cette déficience épidermique ; mais la thérapeutique peut empêcher l'action des causes occasionnelles qui favorisent l'éruption, ou renforcer les fonctions des cellules épidermiques (extraits glandulaires : thyroïde, thymus ; radio ou héliothérapie ; soins locaux : chrysarobine et cignoline qui activent l'oxydation). L. Chatellier.

Sur les infarctus bismuthiques et les moyens de les prévenir (Ueber Wismutinfarkte und ihre Verhütung), par S. Lomholt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 8, 22 février 1930, p. 278.

Depuis que l'infarctus bismuthique a été étudié pour la première fois (Freudenthal), on l'a rencontré assez souvent. L. en connaît 50 observations, et lui-même l'a rencontré 9 fois (dont 2 cas seulement sérieux). L. rappelle la symptomatologie ordinaire : douleur, réaction locale ecchymotique, parfois sclérosante, etc. Freudenthal a montré que les artérioles terminales de la peau étaient oblitérées par des grains de bismuth, et la plupart des auteurs postérieurs ont confirmé ces faits et cette étiologie. Il faut savoir que dans un petit nombre de cas ces lésions ont déterminé de vastes pertes de substance. Il faut donc éviter de faire l'injection si la canule donne du sang, et il est sage de la pousser très lentement, etc., de manière à éviter autant que possible une pénétration artérielle. Ch. Audry.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Nævus comédonien unilatéral (Nævus acneiformis unilateralis), par Colquhoun. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, n° 496, févr. 1930, p. 55.

Nævus comédonien de la région scapulaire. Les cicatrices atrophiques sont consécutives à la suppuration et à l'élimination des collections sébacées. S. Fernet.

Le traitement des teignes par l'acétate de thallium (The treatment of ringworm of the scalp with thallium acetate), par Percival. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, n° 496, février 1930, p. 59.

P. a traité 50 cas de teigne par l'acétate de thallium (8 mgr. 5 par kilo de poids). Il a fait simultanément des applications quotidiennes de pommade soufrée à 10 o/o. Sur 50 enfants, 48 furent guéris. Des douleurs passagères dans les membres inférieurs, chez la moitié environ des enfants traités, furent les seuls phénomènes toxiques observés. Discussion de la méthode et revue bibliographique. S. Fernet.

Prensa Medica Argentina (Buenos-Aires).

Syphilis acquise et lésions cutanées et muqueuses (Sifilis adquirida y lesiones cutáneas y mucosas), par José Luis Carrera. *La Prensa Medica Argentina*, Buenos-Aires, n° 23, janvier 1930, p. 1115, 11 fig.

Dans le répertoire des cas observés l'auteur laisse de côté les lésions secondaires et mentionne seulement celles qui sont en rapport avec une syphilis ancienne. Les faits portent sur un total de 949 malades.

On trouve signalées deux gommes du voile du palais, une gomme de la langue, une syphilide lupiforme du voile du palais, cinq cas de rupia, quatre lupus érythémateux avec réaction de Wassermann positive (parmi lesquels deux ont été guéris par le 914), des syphilides lupiformes de la face; chez cinq malades des lésions ulcéro-tuberculeuses; dans dix autres, cas, des syphilides serpigineuses; une syphilis acnéiforme du cou, un érythème tertiaire circiné; deux gommes sous-cutanées, deux onyxis; soixante-dix ulcères de jambes, une langue scrotale, une glossite losangique de Brocq, huit cas d'urticaire guéris par le traitement spécifique, deux érythèmes pernio, trois zonas, un érythème polymorphe.

On trouvait de la leucoplasie buccale dans une proportion de 7 o/o chez les malades du groupe analysé.

L'auteur signale encore une atrophie idiopathique en plaques de la peau, cinq cas d'acro-asphyxie, dix-neuf de pelade, deux de chloasma et sept de vitiligo.

Beaucoup de ces observations se rapportent à des malades dont la syphilis était ignorée. Elles ont donné lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic qui auraient pu être évitées, dans bien des cas, par une simple réaction de Wassermann. J. Margarot.

La Semana Medica (Buenos-Aires).

Pachydermie des organes génitaux externes masculins (Paquidermiasis de genitales externos masculines), par ARMANDO ZAVALA SAENZ. *La Semana Medica*, Buenos-Aires, n° 1, 2 janvier 1930, p. 39, 10 fig.

Observation d'un malade de 49 ans dans les antécédents duquel on relève simplement une blennorragie à l'âge de 18 ans.

L'affection a débuté par un prurit intense entraînant un grattage violent. Le prépuce s'est rapidement tuméfié en même temps que se développait au niveau du raphé une large zone de papilles verruqueuses. Rapidement, la consistance du pénis devient dure, élastique, il prend la forme d'un battant de cloche. L'érection ne peut être qu'incomplète. Elle devient bientôt impossible. Il n'existe aucune douleur, mais le prurit est toujours très intense.

Sept mois après le début, le scrotum à son tour augmente de volume jusqu'à atteindre les dimensions d'une tête de fœtus à terme.

Au moment de son hospitalisation, le malade accuse de l'engourdissement des mains et des pieds et présente une tuméfaction froide et indolore des extrémités inférieures, une soif intense, de la boulimie, de la polyurie, de la pollakiurie, de la somnolence et des sueurs profuses.

L'urine renferme 35 grammes de glucose par litre ainsi que du sang et du pus. Le Wassermann est positif. On ne trouve pas de filaires.

Une biopsie montre une hypertrophie dermique faite de tissu fibreux adulte infiltré et des zones hémorragiques. Les vaisseaux du derme supérieur sont dilatés. Le tissu adipeux est hypertrophié. L'épiderme présente de l'hyperchromie basale et une légère kératose. Il s'agit en somme d'un état pachydermique de la peau. J. MARGAROT.

Granulome annulaire (Granuloma anular), par LUIS E. PIERINI et ENRIQUE PIERINI. *La Semana Medica*, Buenos-Aires, n° 1, janvier 1930, p. 47, 5 fig.

Une observation anatomo-clinique de granulome annulaire permet aux auteurs de faire une étude d'ensemble de cette affection et d'apporter d'intéressants commentaires.

La dermite s'est manifestée chez une personne de 38 ans, c'est-à-dire à un âge où on ne l'observe pas communément. On ne trouve chez le malade aucune des maladies auxquelles on a attribué un rôle étiologique. Seule, une intradermo-réaction de Mantoux positive semblerait indiquer une origine tuberculeuse, mais cette hypothèse doit être abandonnée, car il n'existe aucun signe d'imprégnation bacillaire décelable par l'examen clinique, par la radiologie, ou par les recherches de laboratoire. On ne saurait davantage penser à la syphilis ou à la lèpre.

Le malade est diabétique, mais il est difficile de préciser le rôle pathogénique de cette affection dans la genèse des lésions cutanées.

Une amélioration très rapide a été obtenue par la médication arsenicale associée au traitement de la maladie générale.

J. MARGAROT.

Un cas d'ulcus rodens guéri par la diathermo-coagulation (Technique de Bordier) (Un caso de ulcus rodens curado por diatermocoagulacion) (Tecnica de Bordier), par CARLOS S. POMA. *La Semana Medica*, Buenos-Aires, n° 2, janvier 1930, p. 109, 4 fig.

Un ulcus rodens de l'angle interne de l'œil gauche, existant depuis 15 ans, a été guéri en une séance avec la plus grande facilité par la diathermo-coagulation.

C'est un cas de plus à ajouter aux nombreuses observations de guérisons déjà obtenues par une méthode que l'auteur a été le premier à appliquer dans le nord de la République Argentine.

J. MARGAROT.

Bruxelles Médical.

Diagnostic et traitement des rétrécissements inflammatoires de l'urètre, par TANT. *Bruxelles Médical*, 10e année, n° 16, 16 février 1930, p. 432.

Le traitement du rétrécissement comporte deux méthodes : la dilatation, l'urétrotomie. T. montre que l'urétrotomie tout en étant une intervention sans gravité et indispensable dans certains cas, a cependant des indications limitées. La dilatation lente et prudente, à laquelle on pourra adjoindre l'électrolyse assurera, dans la plupart des cas, la guérison.

H. RABEAU.

Brasil Medico (Rio-de-Janeiro).

Sur le mal perforant dans la lèpre (Sobre e mal perfurante da lepra), par ANTONIO ALEIXO. *Brazil Medico*, Rio-de-Janeiro, n° 1, janvier 1930, p. 1.

Sur 58 lépreux examinés, 13 présentaient un mal perforant et deux avaient des cicatrices de la même lésion ce qui fait un total de 15 cas, soit une proportion de 25,8 o/o. Le plus vieux des malades avait 56 ans et le plus jeune 11 ans. On compte neuf hommes et six femmes. Les observations portent sur des indigents ou des vagabonds (4 cas), sur des commerçants ambulants (3 cas), sur des maçons (2 cas), sur des charpentiers et des peintres (4 cas), sur des cuisinières et des repasseuses (3 cas). Le mal perforant est manifestement plus fréquent chez les blancs que chez les noirs.

Il constitue un signe de grande valeur pour le diagnostic de la lèpre et surtout de la lèpre commençante. Dans trois observations il apparaît comme la première manifestation de la maladie ; dans deux autres il accompagne un très petit nombre de symptômes, parmi lesquels il se marque par sa longue durée.

Le trouble trophique peut être unilatéral ou bilatéral. Chez trois malades il s'agissait d'un mal perforant palmaire.

Il est intéressant de noter au point de vue du mécanisme des lésions que leur point de départ est tantôt un processus de kératose, tantôt une éruption bulleuse.

J. MARGAROT.

Sur les varices et les phlébites dans la lèpre (Sobre as varices e phlebites na lepra), par Antonio Aleixo. *Brazil Medico*, Rio-de-Janeiro, n° 2, janvier 1930, p. 42.

L'auteur apporte deux observations de lèpre mixte dans lesquelles on notait des varices des membres supérieurs. La peau était rouge, enflammée sur le trajet des veines dilatées. Les malades accusaient des douleurs spontanées le long des mêmes vaisseaux. Ces phénomènes inflammatoires présentaient des exacerbations périodiques.

Ces deux cas ont été observés sur un total de 58 lépreux.

J. Margarot.

Sao Paulo medico.

Bubon climatique. Recherches bactériologiques (Bubao Climatico. Pesquizas bacteriologicas), par J. M. Gomes. *Sao Paulo Medico*, décembre 1929, vol. 2 ; n° 2 ; p. 547 ; 6 fig.

Le bubon climatique, appelé par d'autres auteurs lymphogranulome inguinal subaigu, poradénite, etc., n'est pas une maladie vénérienne au sens strict. Il peut avoir un autre siège que les ganglions inguino-cruraux. Son apparition se fait parfois à une époque très éloignée du coït ou même chez des individus qui n'ont jamais eu de relations sexuelles ce qui n'exclut pas la possibilité d'une infection par un saprophyte des organes génitaux de la femme.

Malgré le caractère négatif des agglutinations, des intradermoréactions et des inoculations, le développement constant dans divers milieux et en particulier dans celui de Petroff d'un bacille diphtéroïde à Gram positif, semblable à celui que Favre a cultivé en 1921, semble indiquer que ce microorganisme serait la cause de la maladie. J. Margarot.

Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y sifiliografia (La Havane).

Aïnhum. Quelques considérations sur deux cas coïncidant, l'un avec la lèpre et l'autre avec une kératodermie palmo-plantaire héréditaire (Aïnhum ; Algunas consideraciones referentes a dos casos coïncidentes con lepra y con keratodermia palmo-plantar herediteria), par V. Pardo Castello et J. Jose Mestre. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifiliografia*, vol. I, n° 3, octobre 1929, p. 195, 2 fig.

L'aïnhum ne paraît pas répondre à une affection due à une cause unique. Il serait, suivant les cas, de nature lépreuse, sclérodermique ou kératodermique. La réalisation d'un étranglement typique du cinquième orteil chez un lépreux de race noire semble démontrer qu'il s'agit dans cette observation d'une forme trophique de la lèpre.

Le rôle de la kératodermie palmo-plantaire héréditaire et familiale est établi par l'étude de trois générations d'une même famille : Sur 26 mem-

bres on trouve trois cas de kératodermie symétrique avec aïnhum et trois sans aïnhum. J. Margarot.

Sur une forme rare de syphilis cutanée tardive érythémato-atrophiante. Considérations diagnostiques. (Sobra une forma de sifilis cutanea tardia eritemato-atrofiante. Consideraciones diagnosticas), par Branlio Saenz. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifiliografia*, vol. I, n° 3, octobre 1929, p. 198, 10 fig.

Au cours d'une syphilis acquise et ignorée apparaissent des plaques érythémateuses occupant les membres et, en particulier les fesses, les jambes, les régions palmaires et plantaires. Leur disposition est symétrique, leurs contours sont arrondis et irrégulièrement polycycliques. La coloration est variable, rose, rouge foncé ou cyanotique. Les plaques sont légèrement déprimées, ainsi qu'il arrive aux tissus atrophiques. La surface est lisse, la peau tendue, la sensibilité normale. Accessoirement, on trouve, suivant les régions, de la leucodermie, de l'hyperpigmentation et de l'hyperkératose.

L'examen histologique montre un épiderme aminci, des papilles peu apparentes ou effacées et des lésions artérielles très importantes (manchons périvasculaires ; lymphocytes et quelques plasmocytes). Les follicules pilo-sébacés et les glandes sudoriparès sont absents.

Ce cas rare de syphilides érythémato-atrophiantes doit prendre place à côté de ceux qui ont été observés par Milian au cours de la syphilis héréditaire. Il en diffère par deux points : 1° L'origine acquise de la syphilis. 2° La persistance des lésions à l'état de plaques érythémato-atrophiques sans apparition ultérieure de gommes de même siège.

J. Margarot.

Deux cas de lupus érythémateux de grande extension (Dos casos de lupus eritematoso de gran extension), par Juan Gran et Alberto Oteiza. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifiliografia*, vol. I, n° 9, octobre 1929, p. 210, 5 fig.

Chez l'un des malades l'affection a commencé par la face et s'est étendue au cou, au dos, à la poitrine, aux bras, etc. Chez l'autre, les lésions ont apparu sur la poitrine, puis ont envahi les bras, les avant-bras, le dos et finalement la paume des mains.

L'origine tuberculeuse du syndrome se fonde dans le premier cas sur la coexistence de lésions pulmonaires. Dans le second on trouve un terrain tuberculeux.

Les auteurs, après avoir passé en revue les principales théories relatives à l'étiologie du lupus érythémateux, concluent que dans leurs deux observations il s'agit de toxi-tuberculides.

Ils pensent que les cas de ce genre, caractérisés par une évolution lente et par des lésions disséminées, sont toujours en relation avec des infections chroniques : La syphilis et la tuberculose représentent les plus fréquentes d'entre elles. J. Margarot.

Etude des champignons dans quelques maladies parasitaires (Estudio de

los Hongos en algunas enfermedades parasitarias), par JOSE ALFONSO. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifiliografia*, vol. I, n° 3, octobre 1929, p. 217, 3 fig.

Les recherches de J. A. ont porté sur l'eczéma marginé de Hebra, l'achromie parasitaire, les teignes du cuir chevelu et l'onycomycose.

Trois méthodes ont été employées : l'examen direct, les ensemencements et les inoculations aux animaux de laboratoire.

Dans l'eczéma marginé de Hebra, c'est l'*Epidermophyton cruris* de Castellani qui a été isolé le plus souvent. Chez un malade atteint d'eczéma marginé généralisé et dans divers cas d'herpès circiné, l'auteur a trouvé un trichophyton se développant assez rapidement dans le milieu de Sabouraud et occupant dans l'espace d'un mois toute la superficie du milieu. Le centre de la culture est élevé et entouré d'une surface parcourue de stries radiées. Elle est de teinte caramel clair et légèrement velue. Au bout de 10 à 15 jours elle devient de couleur violette. Une identification plus précise du germe sera faite avec d'autres cas.

Les cas d'achromie parasitaire observés par l'auteur répondent à la forme décrite par Pardo Castello. La recherche d'un champignon pathogène soit par examen direct, soit par culture a été négative. D'autres recherches sont nécessaires.

En ce qui concerne les teignes l'auteur a observé seulement deux trichophyton du type humain : le *violaceum* et le *pilosum*. Parmi les trichophytons du type animal, le *T. felineum* a été isolé dans divers cas. Le *Microsporum Audouini* a été le seul mis en évidence dans les microspories traitées dans le service du professeur Saenz.

L'onycomycose a été observée soit associée à l'eczéma marginé de Hebra, soit à des épidermophytoses de la peau, soit isolée. Le même champignon a toujours été isolé par l'auteur. Ses caractères permettent de le classer dans le genre de l'épidermophyton de Lang.

J. MARGAROT.

Traitement des ulcères atoniques par les rayons ultra-violets et par la cire (Tratamiento actinoterapico-cerico de las ulceras atonicas), par S. QUESADA CORNIDE et R. IBARRA PEREZ. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifiliografia*, vol. I, n° 3, octobre 1929, p. 225.

L'auteur associe la triple action microbicide, stimulante et révulsive des rayons ultra-violets à l'action analgésique et cicatrisante de l'ambrine.

Les ulcères traumatiques se ferment en général en peu de temps. Les ulcères tropicaux si fréquents à Cuba, donnent un pourcentage élevé de guérisons. Les résultats sont moins bons en ce qui concerne les ulcères variqueux.

J. MARGAROT.

Congrès international monographique du Cancer de la peau

28-30 octobre 1929. — Barcelone

Cinquième session : *Président* : Docteur GOYANES.

Cancer des orifices naturels.

Cancer de la lèvre (Cancer del labio), par NOGUER MORE. *Congrès international monographique du Cancer de la peau* (28 30 octobre 1929), Barcelone, p. 353, 18 fig.

La syphilis est une des causes prédisposantes dont l'action est la mieux établie dans l'étiologie du cancer de la lèvre. Avec elle prennent place les traumatismes, les irritations de diverse nature, les processus inflammatoires, etc.

A côté des trois formes cliniques fondamentales (végétante, ulcéreuse et interstitielle) on doit admettre deux autres variétés, l'une chancriforme et l'autre phagédénique.

Le cancer de la lèvre supérieure est généralement baso-cellulaire et, par suite, bénin. Celui de la lèvre inférieure est plus grave, surtout s'il avoisine les commissures ou s'il intéresse la muqueuse buccale.

La radiumthérapie constitue le traitement de choix. J. MARGAROT.

Les résultats de la curiethérapie des épithéliomas des lèvres, par A. LACASSAGNE. *Congrès international monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 376.

Travail statistique portant sur 136 cas d'épithéliomas des lèvres.

La curiethérapie a été habituellement réalisée par *radium puncture* dans les premières années et le plus souvent par des appareils de surface à partir de 1922.

Après cinq ans d'observation des malades, les résultats indiquent pour l'ensemble des cas : guérison, 50 o/o (58 o/o après soustraction des morts par maladies intercurrentes) ; pour les cas opérables seulement 67 o/o (81 o/o après soustraction des morts par maladies intercurrentes).

Relativement à la conduite à tenir vis-à-vis des territoires lymphatiques, diverses méthodes ont été utilisées (chirurgie, curiethérapie, combinaisons de la chirurgie et de la curiethérapie). Aucune d'elles n'a fait la preuve de sa supériorité sur les autres. J. MARGAROT.

Cancer des organes génitaux de l'homme (Cáncer de los genitales externos del hombre), par F. CRIADO. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 387.

Le cancer du pénis est rare. Divers facteurs étiologiques ont été mis en évidence. Malgré quelques observations, la contagion est peu probable. Plus réel est le rôle des traumatismes, du phimosis, des irritations locales, des ulcérations syphilitiques, de la leucoplasie, des tumeurs bénignes et des cicatrices.

Il siège le plus souvent dans le sillon balano-préputial et revêt soit la forme ulcéreuse, térébrante, soit la forme en chou-fleur, soit la forme

d'une tumeur non ulcérée. La curiethérapie paraît à l'heure actuelle plus indiquée que les autres méthodes de traitement.

Le cancer primitif de l'urètre est très rare. Il débute habituellement au niveau de la portion périnéale. Le pronostic est défavorable.

Le cancer du scrotum est justement appelé cancer des ramoneurs. La peau, après une phase de dermite, se hérisse de papillomes qui se kératinisent fortement et subissent la transformation épithéliomateuse. Pour être efficace, le traitement doit être institué avant l'évolution maligne des lésions précancéreuses. J. Margarot.

Cancer des organes génitaux externes de la femme (Cáncer de los genitales externos de la mujer), par Victor Conill. *Congrès International monographique de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 403.

L'étiologie du cancer de la vulve est plus obscure que celle des autres tumeurs malignes. Le prurit régional, le kraurosis ne semblent avoir aucune influence sur son développement. La leucoplasie est une cause possible, mais exceptionnelle.

La tumeur est habituellement uninodulaire. La vulvectomie, combinée à la radio ou à la radiumthérapie, peut donner de bons résultats.

J. Margarot.

Greffes cancéreuses (Injertos canceroses), par F. Terrades. *Congrès International monographique du cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 413.

Deux observations, l'une d'un cancer secondaire de l'hymen, l'autre d'un cancer secondaire de la paroi abdominale, ont pour l'auteur la valeur de véritables expériences établissant que les greffes cancéreuses constituent la forme la plus fréquente des récidives post-opératoires.

J. Margarot.

Cancer anal guéri par la curiethérapie après dérivation temporaire des matières, par Emili Wallon. *Congrès International du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 416.

Un anus iliaque gauche, assurant la dérivation des matières, empêche l'infection secondaire d'un épithélioma baso-cellulaire traité par le radium et permet une cicatrisation plus rapide. J. Margarot.

Cancer des paupières (Cáncer de los párpados), par Soria. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 419, 31 fig.

Le traitement du cancer de la paupière, lorsqu'il est parfaitement localisé, doit être essentiellement chirurgical, sans que soit exclue la radio ou la radiumthérapie ultérieures, si la nature de la tumeur les rend nécessaires. J. Margarot.

Cancer de la paupière (Cáncer de párpado), par Mercadal. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 423, 12 fig.

L'auteur étudie les formes cliniques et histologiques du cancer palpébral. Elles sont nombreuses et comprennent, à côté des diverses variétés de cancers cutanés proprement dits, l'épithélioma meibomien, l'épithélioma des glandes de Zeiss, l'épithélioma des glandes de Moll et l'épithélioma des glandes de Krause.

Deux tendances s'opposent : l'intervention chirurgicale et la physiothérapie. La première a longtemps dominé, mais elle cède un peu de terrain à la seconde en ce moment.

M. passe en revue les diverses techniques physiothérapiques et précise leurs indications respectives. J. MARGAROT.

Cancer de l'oreille externe (Cáncer del óido externo), par BARRIO DE MEDINA et GONZALEZ VILLANUEVA. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28 30 octobre 1929), Barcelone, p. 434.

Le traitement de choix de l'épithélioma du pavillon de l'oreille consiste en l'ablation chirurgicale, suivie d'une autoplastie adéquate et associée à la radio ou à la radiumthérapie.

L'épithélioma du conduit auditif externe est justiciable de la même thérapeutique, malgré la difficulté de l'intervention.

La radio ou la radiumthérapie est indiquée dans le sarcome du pavillon. Elle peut être employée comme palliatif dans le sarcome du conduit auditif. J. MARGAROT.

Congrès International monographique du Cancer de la peau

28-30 octobre 1929. — Barcelone

Quatrième session (*Suite*) : *Président :* Professeur J. S. COVISA.

Thérapeutique du cancer de la peau.

Techniques radiumthérapiques et chirurgicales qui facilitent le traitement du cancer cutané (Tecnicas radiumterapeúticas y quirúrgicas que facilitan el tratamiento del cáncer cutáneo), par E. RIBAS ISERN. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 321, 24 fig.

La radiumpuncture, ni du point de vue de nos connaissances sur la radio-activité, ni comme technique chirurgicale, ne réunit les conditions essentielles d'un bon traitement du cancer cutané.

Plus rationnelle est l'application d'appareils de surface, dont la construction varie suivant la forme et les dimensions de la néoplasie.

L'action du radium se trouve renforcée et accélérée si l'on fait au préalable une sympathicotomie. J. MARGAROT.

Traitement par l'action directe de l'électricité (électrolyse, électro-coagulation (Tratamiento por acción directa de la electricidad (Electrolisis electro-coagulation), par LUIS CIRERA SALSE. *Congrès International Monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), Barcelone, p. 336.

L'électrocoagulation doit être considérée comme un traitement de base

dans les néoplasies malignes de la peau. Tôt ou tard, elle prendra la première place dans la lutte anticancéreuse.

L'électrolyse par l'ion zinc peut être employée concurremment avec elle dans les lésions superficielles et peu étendues.

On devra particulièrement traiter par l'électro-coagulation les cancers peu sensibles aux radiations et les cancers développés sur des nævi vasculaires. Enfin, comme l'a montré Bordier, elle constitue le traitement de choix du cancer des radiologues. J. Margarot.

Traitement de l'épithélioma baso-cellulaire cutané par l'électro-dessiccation et la rœntgenthérapie (Etude comparative), par Gustave Archambault et Albéric Marin. *Congrès International monographique du Cancer de la peau* (28 30 octobre 1929), p. 343.

Les deux méthodes donnent des résultats à peu près égaux, mais l'une (l'irradiation) étant de technique compliquée, l'autre (l'électro-dessiccation) d'un maniement aisé, les préférences des auteurs vont vers la seconde. J. Margarot.

Les solutions magnésiennes oxygénées dans le traitement des épithéliomes cutanés ulcérés (Las soluciones magnesio-oxygenadas en el tratamiento de los epitheliomas cutáneos ulcerados), par Armero et Perez Prieto. *Congrès International Monographique du Cancer de la peau* (28-30 octobre 1929), p 348.

Les auteurs associent l'administration interne de chlorure de magnésium à un traitement externe par la solution de Delbet additionnée d'eau oxygénée. L'oxydation des cellules cancéreuses serait plus intense et la cicatrisation plus rapide. Ils utilisent également la pénétration électrolytique de l'ion magnésium. J. Margarot.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Erythrodermie en plaques due au cyanure de mercure. Note clinique (Eritrodermia en placas por cianura de mercuro. Nota clinico, par Enrique Alvarez Sainz de Aja et José Pieltain Manso. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, année XXII, n° 2, novembre 1929, p. 67, 2 figures.

Un malade atteint de syphilis ignorée avec céphalalgie par artérite cérébrale et aortite est traité d'une façon intensive par du bismuth et du néosalvarsan sans aucune intolérance de sa part. La reprise du traitement par le néosalvarsan, associé au cyanure de mercure, est suivie d'une érythrodermie qui s'exagère au fur et à mesure que se répètent les injections de cyanure.

L'éruption consiste en de larges placards très cuisants, qui occupent les plis de flexion du bras, l'aine, le ventre, les cuisses, le creux poplité. La cessation du cyanure est suivie d'une guérison rapide, malgré la continuation du néosalvarsan, ce qui montre bien que ce dernier n'était pas en cause. J. Margarot.

Diagnostic biologique de la blennorragie (Diagnóstico biológico de la blennorragia), par M. Hombria. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, année XXII, n° 2, novembre 1929, p. 70.

Il serait d'un grand intérêt, quand une blennorragie a été traitée, de posséder un critère permettant d'affirmer la guérison définitive du malade.

L'auteur passe en revue les méthodes dont on dispose actuellement et qui sont l'examen direct des frottis au microscope, les cultures et les réactions biologiques obtenues avec le sérum des malades.

Bien qu'aucune des recherches proposées ne présente une valeur absolue, on possède cependant de bonnes méthodes qui offrent un maximum de garantie quand, employées systématiquement, elles donnent des résultats concordants. J. Margarot.

Un cas de phimosis accidentel avec œdème intense du pénis, guéri par le sérum antigangréneux (Un case de fimosis accidental, con intense edema del pene, curado con suero antigangrenoso), par Jaime Bigné. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, année XXII, n° 2, novembre 1929, p. 81.

Les travaux de Bejarano sur l'utilisation du sérum antigangréneux en vénéréologie ont incité l'auteur à traiter par ce sérum un malade présentant un phimosis accidentel avec œdème intense de la peau du pénis et adénite inguinale.

Après une seule injection de 20 centimètres cubes les phénomènes ont rapidement rétrocédé et la guérison s'est faite en quelques jours.

J. Margarot.

Psoriasis et grossesse (Psoriasis y embarazo), par Eduarro Ledo *Actas dermo-sifiliograficas*, année XXII, n° 2, novembre 1929, p. 84.

Contrairement à l'opinion de Hebra, les statistiques et plusieurs observations bien établies démontrent qu'il existe des connexions certaines entre le psoriasis et la grossesse.

L'auteur apporte une observation assez semblable à celle qui a été publiée par Spillmann, Parisot et Simonin à la Réunion dermatologiqne de Nancy.

Il s'agit d'une femme dont le psoriasis disparaissait au début de chaque grossesse pour reparaître deux mois après l'accouchement. Un essai de traitement par du sérum de jument en gestation a donné une amélioration réelle, mais des accidents sériques n'ont pas permis la continuation de cette thérapeutique. J. Margarot.

Les lupus (tuberculeux et érythémateux). Esquisse statistique de 1909 à 1929 (Les lupus (tuberculoso y eritematoso). Boceto estadistico de 1909 à 1929, par Enrique Alvarez Sainz de Aja et Miguel Forns Contera. *Actas dermo-sifiliograficas*, année XXII, n° 2, novembre 1929, p. 91.

Les auteurs ont observé un important contingent de lupus de 1909 à 1929. Le total s'élève à 511. On compte 176 hommes et 335 femmes. On voit par ces chiffres que, contrairement à ce que l'on observe dans les

autres formes de tuberculose, le lupus est deux fois plus fréquent chez la femme que chez l'homme.

Le lupus représente 0,77 0/0 du total des malades traités. La proportion entre le nombre des lupus tuberculeux et celui des lupus érythémateux est de 1,79 pour 1.

Au cours de la même période le nombre de lupus érythémateux s'est élevé à 285, ce qui représente une proportion de 0,43 0/0 du nombre total des malades. Il constitue une affection moins rurale et atteint des gens de clientèle moins modeste que le lupus tuberculeux.

L'un et l'autre sont notés avec une fréquence particulière à Madrid et dans les villes où se trouvent des centres de traitement. J. Margarot.

Traitement physiothérapique des névrodermites (Tratamiento fisioterápico de las neurodermitis, par Hombria et Soto. *Actas dermo-syfiliograficas*, année XXII, n° 2, novembre 1929, p. 99.

Les méthodes habituelles, malgré leur action antiprurigineuse indiscutable, donnent des échecs fréquents. C'est dans la physiothérapie que l'on trouve les agents les plus efficaces.

Les auteurs ont abandonné les courants de haute fréquence à cause de la longue durée du traitement. Les rayons ultra-violets peuvent donner des guérisons définitives mais présentent un inconvénient de même ordre : un grand nombre de séances sont nécessaires. Le même reproche peut être fait à l'ionothérapie et en particulier à l'ionisation avec le nitrate d'aconitine.

H. et S. estiment que la première place doit être réservée à la radiothérapie : dès la première application le prurit diminue et la guérison définitive se produit dans 82 0/0 des cas. L'utilisation des rayons X peut être locale et directe, ou indirecte, par l'irradiation du sympathique.

La radiumthérapie se montre également d'une grande efficacité. Les auteurs concluent qu'un pourcentage très important de névrodermites est influencé favorablement par les procédés physiothérapiques. Les récidives restent possibles, mais, quand elles se produisent, elles sont en général rapidement modifiées. Certains prurits qui résistent à tel ou à tel traitement, s'améliorent rapidement sous l'influence d'un troisième.

J. Margarot.

Un cas de kystes hydatiques multiples, probablement primitifs, du tissu cellulaire sous-cutané (Un caso de quistes hidaticos múltiples, probablemente primitives, del tejido celular subcutáneo), par J. Gay Prieto. *Actas dermo-sifiliograficas*, année XXII, n° 2, novembre 1929, p. 104, 1 fig.

Une jeune fille de 21 ans présente sur la face antérieure de l'avant-bras droit une tuméfaction dure, mobile, bien limitée, ovoïde et indolente. Son volume est celui d'un haricot. D'autres tuméfactions ayant les mêmes caractères s'observent au niveau de la région cervicale droite, sur l'hypochondre gauche et dans la région sous-mammaire droite. L'enlèvement chirurgical de la tumeur de l'hypochondre montre qu'il s'agit d'un

kyste contenant un liquide clair comme de l'eau de roche. La réaction de Weinberg est fortement positive avec le sérum frais et le sérum chauffé. On trouve de l'éosinophilie. L'exploration radiologique ne révèle l'existence d'aucun kyste viscéral. Enfin la ponction d'un des kystes permet d'isoler de nombreux scolex.

Les localisations sous-cutanées des kystes hydatiques sont rares. Les tumeurs n'atteignent pas en général un très gros volume et dans presque tous les cas signalés il s'agissait de métastases d'un volumineux kyste viscéral. J. MARGAROT

Etat actuel des organisations antivénériennes. Ce qu'est et ce que devrait être en Espagne la lutte antivénérienne (Estado actual de las organizaciones antivenéreas, cómo es y cómo debicra implantarse en España la lucha antivenerea), par BARRIO DE MEDINA. *Actas dermo-sifiliograficas*, année XXII, n° 2, novembre 1929, p. 108.

Les mesures prises par les principales nations d'Europe et d'Amérique peuvent servir à établir un plan de ce qu'on doit faire en Espagne. L'auteur expose les imperfections de l'organisation actuelle et propose des moyens de réorganisation qu'il groupe en 9 projets :

1° Un Comité exécutif antivénérien ou Ligue antivénérienne aura l'autorité suprême et le haut commandement de l'armée qu'il s'agit de former ;

2° Un office administratif antivérien groupera les divers centres que comprendra l'organisation ;

3° Les ressources nécessaires à la réalisation de ce vaste programme devront être obtenues ;

4° La réglementation sera abolie ;

5° L'assistance médicale sera réalisée par la création de Dispensaires, d'établissements hospitaliers, de cabines prophylactiques, etc. ;

6° La propagande sanitaire sera intensifiée ;

7° La propagande sociale la complétera en détruisant le préjugé des maladies vénériennes et en réalisant l'éducation sexuelle ;

8° La lutte contre la prostitution aura comme objectif d'empêcher la formation de nouvelles prostituées, la surveillance des prostituées existantes, leur retour à une vie normale lorsque ce sera possible ;

9° Des lois additionnelles parachèveront l'organisation antivénérienne en créant le titre de médecin vénéréologue, en censurant les annonces de caractère médical, en combattant le vagabondage et en établissant le certificat sanitaire, le certificat pré-matrimonial et le délit sanitaire.

J. MARGAROT.

Revista Medica Gallega (*Santiago de Galicia*).

Les maladies de la peau dans la pratique (Las enfermedades de la piel en la práctica), par MERINO SIMON. *Revista Medica Gallega*, n° 1, janvier 1930, p. 1.

Dans un premier article l'auteur étudie l'acné vulgaire au point de vue de la pratique médicale. Il en résume les éléments cliniques et les données étiologiques ; il précise les indications thérapeutiques et les moyens de les remplir.

A côté des traitements classiques, il fait place à un nouveau produit à base d'oxyde rouge de mercure et d'extrait opothérapique de tissus dermo-épidermiques. J. Margarot.

Clinica y Laboratorio (*Saragosse*).

Traitement de l'acné chéloïdienne de la nuque (Tratiamento del acné queloïdiano de la nuca), par Eduardo Ledo. *Clinica y Laboratorio*, Zaragoza, n° 85, janvier 1930.

Actuellement, divers traitements sont recommandés par divers auteurs. Les uns et les autres, depuis l'exérèse combinée à la Rœntgenthérapie jusqu'à l'électrocoagulation, demandent un appareillage ne permettant ces traitements que dans les grands centres médicaux.

L'auteur préfère utiliser une technique personnelle qui associe l'épilation, la cautérisation, les scarifications, la neige carbonique et l'ionisation. J. Margarot.

Archives of Dermatology and Syphilology (*Chicago*).

Kératodermie discrète du dos des mains (Discrete keratoderma of the dorsum of the hands), par Michael. *Archives of Dermatology and Siphylology*, vol. XXI, n° 2, févr. 1930, p. 215, 8 fig.

M. décrit sous ce nom des lésions hyperkératosiques du dos des mains qui ne correspondent à aucun type dermatologique décrit.

Il s'agit de lésions hyperkératosiques isolées, de 4 millimètres à 3 centimètres de diamètre, siégeant exclusivement sur le dos des mains, bien limitées reposant sur peau saine, rondes ou irrégulières, dures et rugueuses, ressemblant à des verrues planes géantes ou à des callosités situées en dehors des points habituels de pression. Aucune cause professionnelle traumatique ou toxique ne pouvait être invoquée dans les cas cités par M. Tous les examens bactériologiques furent négatifs. A l'examen histologique on constatait surtout de l'hyperkératose, de l'acanthose avec allongement des prolongements interpapillaires, une légère inflammation banale du derme. La nature de ces lésions reste inconnue ; abstraction faite de leur siège dorsal, elles se rapprochent le plus des kératodermies dites en îlots. S. Fernet.

Dermatitis nodularis necrotica, par Werner et Duemling. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXI, n° 2, févr. 1930, p. 229, 15 fig.

On trouve dans la littérature sous le nom de dermatite nodulaire nécrotique deux types d'affections. Cliniquement, il s'agit dans tous les cas d'éruptions polymorphes, maculeuses, papuleuses, papulo-pustu-

leuses, nécrotiques, hémorragiques et ulcéreuses, prédominant sur les extrémités. Un certain nombre de ces cas sont associés à une tuberculose viscérale et doivent être en rapport avec cette infection : on en trouve des descriptions sous les noms de tuberculides multiformes ou angiomateuses, de toxituberculides vésico-pustuleuses et bulleuses, de tuberculose pustulo-ulcéreuse, etc. Le second groupe est constitué par des cas cliniquement semblables mais dans lesquels la tuberculose ne peut pas être invoquée. C'est à ce groupe de faits que se rattache l'observation citée par W. et D.

Il s'agit d'une enfant de 11 ans, présentant depuis l'âge de 8 ans une dermatose à poussées successives occupant surtout le dos, les faces d'extension des membres, les pieds, les mains. Les lésions consistaient en vésicules, pustules, nodules de coloration rouge vineux et en ulcérations nécrotiques, évoluant lentement vers la cicatrisation et laissant des cicatrices atrophiques ou hypertrophiques. Toutes les lésions présentaient un caractère purpurique, angiomateux ou hémorragique particulier. L'évolution était chronique mais marquée par des poussées successives s'accompagnant de fièvre et de malaises, sans que l'état général de l'enfant ne soit profondément atteint. La majorité des lésions s'accompagnaient d'adénites dont certaines suppuraient ou se nécrosaient comme les lésions initiales. On ne relevait chez cette enfant aucun antécédent tuberculeux ; les tuberculino-réactions, les radioscopies pulmonaires, les inoculations aux cobayes, les cultures du sang furent toujours négatives. Par contre la présence constante de streptocoques dans les lésions cutanées et dans les ganglions pouvait faire admettre la nature streptococcique de l'affection. S. Fernet.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

L'action du calcium sur les œdèmes irritatifs expérimentaux (The antiedemic actions of calcium in experimental irritative edemas), par Tainter et van Deventer. *The Journal of the American Medic. Assoc.*, vol. XCXIV, 22 févr. 1930, p. 546.

On a attribué aux sels de calcium une action résolutive sur les œdèmes. L'étude expérimentale de T. et D. montre que cette opinion n'est pas fondée.

Après une ou plusieurs injections sous-cutanées de lactate de Ca (le chlorure étant trop irritant à hautes doses) on a provoqué des œdèmes chez des animaux en leur appliquant de l'huile de moutarde ou en leur faisant une injection de paraphénylène-diamine. Aucune différence ne fut constatée entre les réactions œdémateuses de ces animaux et celles des animaux témoins. S. Fernet.

American Journal of Syphilis (Saint-Louis)

Syphilis maligne (Malignant syphilis), par Wile, Wilder et Warthin. *The American Journal of Syphilis*, vol. XIV, n° 1, janv. 1930, p. 1, 24 fig.

Etude d'un cas de syphilis maligne grave, nécrosante, suivie de mort. Il s'agit d'un agriculteur de 24 ans dont l'accident primitif avait passé inaperçu. Les lésions avaient débuté par un foyer sphacélique de la cuisse, puis était apparue une éruption généralisée érythémato-papuleuse rapidement suivie de multiples eschares dont l'élimination donnait des ulcérations profondes, suppurées et sanieuses, sans tendance à la cicatrisation. On comptait 325 foyers de sphacèle cutané. Il n'y avait pas de lésions muqueuses, pas de céphalée, pas d'alopécie. Le Bordet-Wassermann était fortement positif. Malgré les traitements spécifiques intensifs, l'état du malade ne cessa pas de s'aggraver ; il perdit les deux tiers de son poids et mourut 3 mois et demi après l'apparition de la première ulcération.

L'autopsie révéla la présence de multiples lésions spécifiques viscérales, parmi lesquelles une myocardite et une aortite qui paraissent être les plus précoces qu'on ait décrites jusqu'à présent. En outre, l'intérêt de ce cas est dans l'existence d'endartérites spécifiques et de thromboses artériolaires oblitérantes dans le chorion et les couches profondes du derme. Les lésions nécrotiques de la peau n'étaient en réalité que des infarctus secondaires à l'oblitération des vaisseaux et nullement spécifiques par elles-mêmes, ce qui explique leur résistance au traitement. On ne trouvait pas de tréponèmes dans ces lésions alors qu'on en trouvait facilement dans les lésions papuleuses et dans certains viscères.

S. Fernet.

Multiples embolies graisseuses mortelles après un traitement par le salvarsan (Fatal multiple fat embolism in a patient given salvarsan), par Burns et Bromberg. *The American Journal of Syphilis*, vol. XIV, n° 1, janv. 1930, p. 43, 6 fig.

Les conditions dans lesquelles se produisent les embolies graisseuses se limitent à trois catégories de cas : les fractures ou les affections des os intéressant la moelle osseuse, des dyscrasies telles que le diabète, les néphrites chroniques, la tuberculose chronique, etc., et les intoxications par le chloroforme, l'éther, l'alcool, le phosphore, etc.

L'observation et les microphotographies citées par B. et B. se rapportent à un cas de mort consécutif à une injection de salvarsan. Il s'agissait d'une femme de 51 ans, obèse, qui avait reçu plusieurs traitements antisyphilitiques par l'arsénobenzol et le Hg et qui succomba 4 jours après une injection de salvarsan, faite après une longue période de repos. L'autopsie révéla macroscopiquement une encéphalite hémorragique analogue à celles qui sont observées dans la plupart des cas de mort par le salvarsan. Mais l'examen histologique montra que la véritable cause de la mort était la présence de multiples embolies graisseuses dans le cerveau, les reins et les poumons.

L'examen histologique des viscères n'a été que rarement pratiqué dans les cas de mort consécutifs aux arsénobenzènes ; on peut se demander si les embolies graisseuses n'en constituent pas un mécanisme assez fréquent.

S. Fernet.

Etude de la réaction de Wassermann après les érythrodermies et les ictères postarsénobenzoliques (A study of the Wassermann reaction following dermatitis and jaundice from arsphenamine, par Cannon. *The American Journal of Syphilis*, vol. XIV, janv. 1930, nº 1, p. 100.

Divers auteurs ont signalé l'influence favorable des érythrodermies et des ictères de l'arsénobenzol sur la réaction de Bordet-Wassermann. C. a pu réunir 135 cas d'érythrodermie, d'ictère et de névrites arsenicales et constate que la réaction s'est trouvée négativée dans 38 o/o des cas, améliorée dans 19 o/o. Ces négativations ont été les plus fréquentes chez les malades traités pour des syphilis secondaires, plus rares en période tertiaire et tout à fait rares dans les cas de syphilis nerveuse. Ce qui a paru le plus frappant c'est que la négativation consécutive à une érythrodermie, un ictère ou une névrite s'est produite souvent après des doses considérées comme insuffisantes pour influencer les réactions sérologiques.

S. Fernet.

The Urologic and Cutaneous Review (Saint-Louis)

Réaction agranulocytaire, purpurique et hémorragique après la néoarsphénamine (Agranulocytic-purpuric-hemorrhagic reaction after neoarsphenamine), par Appel. *The Urologic and cutaneous review*, vol. 34, nº 2, février 1930, p. 100.

A. décrit deux nouveaux cas de réactions agranulocytaires au cours de syndromes hémorragiques post-arsénobenzoliques.

Une femme de 51 ans présenta, après trois séries de 10 injections de néoarsphénamine, du purpura, des ecchymoses spontanées, des épistaxis, des métrorragies et une stomatite ulcéreuse et hémorragique. On trouvait : 3.400.000 globules rouges, 3.000 globules blancs dont 4 o/o de polynucléaires, 88 o/o de lymphocytes. Il y avait 50.000 plaquettes ; temps de saignement 45 minutes; temps de coagulation 12 minutes. Guérison.

Un homme de 46 ans succombait des suites d'un syndrome hémorragique grave avec fièvre et cyanose des extrémités après quatre injections de néoarsphénamine à 0 gr. 60. On trouvait chez lui : globules rouges 3.680.000 ; globules blancs 1.150. Il y avait absence complète de leucocytes granuleux, 92 o/o de lymphocytes et 8 o/o de grands mononucléaires.

S. Fernet.

Il Dermosifiligrafo (Turin).

Le pH des extraits de peau eczémateuse et psoriasique et leur action sur l'œil de grenouille, par Pier Angelo Meineri. *Il Dermosifiligrafo*, an V, nº 2, février 1930, p. 73.

En général, les recherches d'ordre biologique dans les dermatoses ont été faites sur le sang, qui peut bien en effet subir l'influence des organes lésés, mais ne peut pas en suivre de près toutes minimes variations, qui

ont certainement leur plus grand développement au siège de la lésion elle-même, où les recherches ont donc chance de donner des résultats plus complets.

Aussi, l'auteur a-t-il eu l'idée d'étudier le pH non pas dans le sang, mais sur des extraits de peau.

On connaît l'expérience de Ehrmann, qui décèle la présence d'adrénaline dans un liquide, en immergeant dans ce liquide un œil de grenouille énucléé : la présence d'adrénaline détermine la mydriase. Depuis, il a été établi que la mydriase pouvait être provoquée même par les liquides ne contenant aucune trace d'adrénaline, mais la réaction n'en indique pas moins la présence, dans le liquide en expérience d'une substance spéciale inconnue de sorte que, si de semblables recherches n'ont pas une valeur absolue, elles ont cependant une valeur relative importante.

Le pH de presque tous les organes, peau comprise, a été reconnu légèrement alcalin, un peu moins alcalin que celui du sang. Dans l'expérience d'Ehrmann, les extraits de peau normale produisent une légère mydriase.

L'auteur a exécuté l'expérience d'Ehrmann avec des extraits de peau prélevés sur des lésions d'eczéma et de psoriasis. Le pH était mesuré avec le comparateur d'Hellige.

Il a obtenu les résultats suivants :

Les extraits de peau eczémateuse se sont montrés plus alcalins que la peau normale, ils provoquent la mydriase sur l'œil de grenouille énucléé.

Les extraits de peau psoriasique se sont montrés légèrement acides et ils provoquent le myosis sur l'œil de grenouille.

La valeur de ces résultats est renforcée par la comparaison des deux maladies qui induit à penser à un antagonisme entre les deux dermatoses.

Ces caractères antagonistes, que la clinique révèle elle-même, voient leur valeur s'accentuer si on les juxtapose avec les résultats obtenus par d'autres recherches, résultats qui forment une chaîne de valeurs qui se complètent et s'éclairent réciproquement.

Sur les taches de psoriasis on a d'habitude un dermographisme rouge ; sur celles de l'eczéma au contraire un dermographisme blanc.

Dans le sang circulant des taches de psoriasis, il y a augmentation des polynucléaires neutrophiles, dans le sang des taches d'eczéma une augmentation des lymphocytes.

La peau avec dermographisme rouge a d'habitude un sang très riche en polynucléaires neutrophiles, tandis que la peau à dermographisme blanc a un sang plus riche en lymphocytes.

La peau du psoriasis est plus acide que la peau de l'eczéma.

Des solutions acides introduites dans la peau font augmenter le nombre des polynucléaires neutrophiles, tandis que des solutions alcalines font augmenter les lymphocytes.

L'extrait de peau psoriasique provoque le myosis de l'œil de grenouille énucléé, la peau eczémateuse provoque la mydriase.

Des solutions acides provoquent le myosis, des solutions alcalines, la mydriase de l'œil de grenouille.

Les deux séries de recherches se rencontrent donc et se complètent. Si l'on réunit en synthèse tous ces éléments ainsi schématisés et si l'on cherche le fil conducteur de l'un à l'autre, nous trouverons que les variations biologiques rencontrées dans le psoriasis et dans l'eczéma ont leur fondement dans beaucoup d'autres conditions parallèles. En élargissant cette base d'observation on pourra peut-être pénétrer d'importants problèmes de pathologie cutanée. BELGODERE.

Rapports entre les glandes sexuelles et le pemphigus végétant de Neumann, par ARTURO FONTANA. *Il Dermosifiligrafo*, an V, nº 2, février 1930, p. 92, 8 fig. Bibliographie.

L'auteur rappelle une communication précédente de Ferrari sur l'importance des altérations des glandes sexuelles en rapport avec le pemphigus végétant ou dermatose de Neumann. Il rapporte deux observations personnelles qui confirment l'opinion de Ferrari : deux femmes atteintes de la maladie de Neumann et chez lesquelles existaient des altérations génitales et notamment une atrophie des ovaires (hyperinvolution génitale) accompagnée de la persistance anormale de la sécrétion du colostrum. Il termine par ces conclusions :

1º Le pemphigus végétant se manifeste avec une prédilection spéciale dans le sexe féminin ; 2º chez les patientes, on rencontre souvent des phénomènes de dysménorrhée et d'aménorrhée ; 3º dans un certain nombre de cas, la dermatose a débuté dans les derniers mois de la grossesse, ou après des allaitements prolongés, nombreux, épuisants ; 4º dans les deux cas observés par les auteurs l'examen gynécologique a mis en évidence une *involution ovarique précoce*, plus ou moins accentuée, et la persistance d'une sécrétion, anachronique de *colostrum* ; 5º Enfin divers observateurs ont rencontré à l'autopsie des lésions ou des atrophies des ovaires ou de l'utérus.

Mais, ce qui semble contredire l'hypothèse d'une relation étiologique entre les lésions génitales et cutanées, c'est que le traitement par les extraits ovariques est resté sans efficacité. Mais peut-être cela dépend-il de leur imperfection et peut-être obtiendrait-on des résultats meilleurs par des greffes d'ovaires sains. BELGODERE.

Sur la flore des vulvo-vaginites des petites filles, par MARCO CIANI. *Il Dermosifiligrafo*, an V, nº 2, février 1930, p. 97. Bibliographie.

L'auteur avait voulu tout d'abord limiter ses recherches à l'étude des vulvo-vaginites non gonococciques. Il lui a été impossible de délimiter ainsi son travail, parce que, d'une part, il n'existe pas cliniquement de signes différentiels nets entre les vulvo-vaginites blennorragiques et non blennorragiques, d'autre part, au point de vue bactériologique, il n'est

pas rare de rencontrer dans les sécrétions des vulvo-vaginites, des diplocoques Gram négatif en présence desquels les bactériologistes restent hésitants et ne peuvent affirmer avec certitude une identification.

Il est impossible d'analyser dans tous ses détails ce copieux mémoire de 50 pages dont la moitié est consacrée à l'exposé des 46 observations des malades qui ont été étudiées. Particulièrement intéressantes sont les considérations où l'auteur expose les difficultés auxquelles se heurte parfois l'identification du gonocoque et combien il est difficile parfois de distinguer le gonocoque vrai des nombreuses variétés de pseudo-gonocoques, et cette lecture incline à envisager avec quelque scepticisme la facilité avec laquelle certains laboratoires cultivent le gonocoque, aussi aisément que s'il s'agissait de cultiver des radis.

Force nous est de nous borner à reproduire les conclusions du reste très étendues de ce travail :

1° Il existe normalement, hôtes habituels de l'appareil génital des petites filles, de très nombreux germes, différents par leurs caractères morphologiques et culturaux ;

2° Il existe des formes simples de *vulvites*, facilement diagnosticables cliniquement et bactériologiquement. Elles ont une évolution rapide et une guérison facile avec des moyens thérapeutiques simples ;

3° Il existe des *vulvo-vaginites*, accompagnées de germes les plus divers qui peuvent se subdiviser en deux groupes :

1er groupe. — Formes inflammatoires accompagnées de germes banaux (staphylocoque, streptocoque, pseudodiphtérique) ou de germes de la flore intestinale (entérocoque, *bacterium coli*) facilement diagnosticables bactériologiquement, et jusqu'à un certain point aussi cliniquement, qui ont une évolution clinique un peu variable : plus longue que celle des vulvites simples, plus courte que celle des vraies vulvo-vaginites gonococciques.

2e groupe. — Formes inflammatoires accompagnées de cocci Gram négatif intra et extra-cellulaires, réunis aussi en diplocoques qui n'ont pas les qualités culturales du gonocoque parce qu'ils se développent sur les terrains communs, avec une patine blanchâtre et quelquefois blanc grisâtre.

C. pense que ces formes sont celles qui sont décrites dans la littérature sous le nom de vulvo-vaginites pseudogonococciques. Celles-ci sont parfois difficiles à diagnostiquer microscopiquement des vraies formes blennorragiques, mais, à la différence de celles-ci, elles présentent un décours clinique plus bénin et plus rapide ;

4° Il existe chez les petites filles, des *vulvo vaginites* sûrement blennorragiques, à décours lent, prolongé, résistant quelquefois aux traitements les plus tenaces et récidivant fréquemment ;

5° Il existe des difficultés notables à cultiver toujours dans chaque cas le gonocoque de Neisser, difficultés qui augmentent principalement dans les cas de blennorragie chronique soit par l'affaiblissement des germes, soit par la multitude de ceux-ci, qui se trouvent en symbiose avec le

gonocoque et rendent difficile d'éviter la souillure des cultures et l'isolement du gononocoque ;

6° Les recherches culturales ont une grande valeur ; elles servent à élucider beaucoup des cas douteux. La mauvaise issue d'une culture ne peut pas suffire à infirmer le résultat d'un examen direct. La réponse culturale positive au point de vue du gonocoque a une valeur absolue pour trancher une question de diagnostic ;

7° Il existe, à côté des vrais gonocoques de Neisser, des germes qui, par leur disposition et leur forme, très semblable à celle du gonocoque, peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic et faire penser à des processus blennorragiques. Ces germes sont ceux qui sont décrits souvent dans la littérature sous le nom de pseudogonocoques.

C. a constaté d'après ses observations que ces pseudo-gonocoques présentent toujours, par rapport au gonocoque, quelque petite différence au point de vue de la coloration, de la forme de la localisation et du groupement. Il faut apporter toute son attention à ces données, parce qu'elles peuvent seules nous offrir une base pour mettre en doute la nature blennorragique de ces formes et nous induire à demander dans ces cas aux critères cliniques la confirmation ou non du diagnostic.

8° C. estime que les germes qui sont désignés sous le nom de pseudogonocoques ne représentent pas toujours une catégorie spéciale, unique, bien définie, de microorganismes, mais peuvent être fournis aussi par des cocci de type staphylococcique capables dans certaines conditions d'assumer des apparences simili-gonococciques. BELGODERE.

Przeglad Dermatologiczny (Varsovie).

Les épithéliomes multiples de la peau, par GRZYBOWSKI. *Przeglad Dermatologiczny*, t. XXV, 1930, n° 1, p. 124.

En raison de sa rareté, G. décrit un cas d'épithéliomes multiples primitifs de la peau chez un homme de 44 ans. Ce malade avait présenté du psoriasis à l'âge de 20 ans; traité par la liqueur de Fowler, il avait continué à en absorber pendant 6 ans malgré la disparition du psoriasis. A 26 ans, il présentait une kératodermie arsenicale plantaire et palmaire et à 28 ans, apparaissaient les premières lésions épithéliomateuses. Celles-ci, au nombre de 45 à 48, se présentaient sous la forme de taches rouges d'étendue variable, légèrement atrophiques, non infiltrées, recouvertes de croûtelles et de squames et limitées par un bourrelet de minuscules papules brillantes, sphériques, translucides ou pigmentées ; seul ce bourrelet de perles permettait de différencier ces lésions d'un lupus érythémateux, du psoriasis ou d'une eczématide.

L'histologie montra qu'il s'agissait d'épithéliomes basocellulaires très superficiels, à tendance cicatricielle, du type de l'épithélioma pagétoïde de Darier ou de l'épithélioma bénin érythémateux de Graham Little ou des carcinoïdes multiples d'Arning. On constatait sur les coupes la présence de nombreuses cellules dyskératosiques mais aucune confusion ne

pouvait être faite avec la maladie de Bowen car on ne trouvait ni les cellules monstrueuses ni les cellules claires qui caractérisent cette affection. Il existait, en outre, dans le derme et à l'intérieur des bourgeons épithéliaux néoplasiques une énorme quantité de pigment dont la distribution et l'aspect rappelaient le pigment des nævi ; ce fait est un nouvel appui à la théorie de l'origine nævique de ces épithéliomes. Il ne s'agissait pas dans ces cas d'épithéliomes développés sur des lésions de psoriasis, celles-ci étant disparues au moment de l'apparition des épithéliomes ; il ne s'agissait pas non plus d'épithéliomes d'origine arsenicale, ces derniers étant spinocellulaires et d'évolution extrêmement rapide ; il se peut, cependant, que l'arsenic ait favorisé l'apparition des néoplasies chez un individu porteur de nombreux nævi et d'une dysplasie épithéliale sous forme de psoriasis. S. Fernet.

A propos de la pathogénie des ulcérations aiguës de la vulve du type Lipschutz, par Jeanne Romanowa. *Przeglad Dermatologiczny*, t. XXV, 1930, n° 1.

R. a observé deux cas d'*ulcus vulvæ acutum* de Lipschutz, accompagnés d'ulcérations buccales et d'une éruption vésico-pustuleuse généralisée. Les ulcérations vulvaires, recouvertes d'un enduit pseudo-membraneux blanchâtre, étaient profondes, irrégulières, douloureuses ; leurs bords étaient taillés à pic ou décollés. Ces ulcérations contenaient le *B. crassus*, gros bâtonnet droit à bouts carrés, Gram positif, se cultivant facilement sur gélose ascite ou gélose-ascite glucosée. Il existait simultanément dans la bouche de multiples exulcérations douloureuses, superficielles, irrégulières, recouvertes d'un enduit gris très adhérent, entourées d'une zone inflammatoire rouge et rappelant le muguet. On ne trouvait pas de *B. crassus* dans ces ulcérations. L'éruption cutanée occupait la poitrine, le dos, le front, le cou, les membres et était composée de vésicules à contenu clair ou trouble et de papules de grosseur variable. L'ensemble de ces lésions avait fait porter, chez l'une des malades, le diagnostic de syphilis secondaire.

L'évolution fut rapide, accompagnée d'un état subfébrile ; la guérison se fit facilement après un simple traitement local.

Les tentatives d'auto-inoculation avaient échoué. L'inoculation d'une culture pure de *B. crassus* fut suivie d'une légère rougeur qui disparut après 24 heures. Les coupes histologiques des ulcérations vulvaires montraient que le *B. crassus* envahit l'épiderme et la couche papillaire du derme ; son passage dans la circulation est rendu possible par son abondance autour des capillaires du derme. Les cultures du sang sont restées négatives. R. admet, que l'*ulcus vulvæ acutum* de Lipschutz n'est pas une maladie locale et que l'éruption cutanée relève de phénomènes allergiques. Cependant, cette conception pathogénique est contrariée par l'impossibilité d'obtenir une auto-inoculation positive ou une intradermo-positive à l'injection d'une culture pure de *B. crassus*.

S. Fernet.

Vratchebnoé Délo (Kharkov).

Contribution à l'étude du sérodiagnostic de la syphilis par la réaction de clarification de Meinicke, par A. S. Matarsis (Odessa). *Vratchebnoé Délo,* n° 3, 15 février 1930, pp. 182-184.

Après quelques données générales sur la réaction de clarification de Meinicke, l'auteur rapporte ses expériences personnelles. Cette réaction a été appliquée à 351 sérums, 56 fois parallèlement à celle de Bordet-Wassermann et 295 fois à celles de Bordet-Wassermann et de Kahn. Les résultats furent les suivants. La réaction de clarification de Meinicke a concordé avec celle de Bordet-Wassermann dans 98 o/o des cas. Les trois réactions citées ont concordé dans 95 o/o. Les cas de désaccord sont donc très peu nombreux. En cas de non-concordance des réactions, celle de clarification était plus conforme à la clinique que les deux autres. La technique de la réaction de clarification est beaucoup plus simple que celle de Bordet-Wassermann, même presque que celle de Kahn. La lecture des résultats est encore plus facile dans la réaction de Kahn, se faisant sans loupe. La sensibilité et la spécificité de la réaction de clarification de Meinicke ne sont pas inférieures à celles de Bordet-Wassermann et de Kahn. Bermann.

Essai de sérodiagnostic de la syphilis d'après la méthode active (modification de Tsü), par A. Weinstein et M. Potachnik Kazan). *Vratchebnoé Délo,* n° 3, 15 février 1930, pp. 184-186.

Après des considérations générales, les auteurs citent leurs recherches personnelles. Ils ont pratiqué 668 réactions parallèles selon les méthodes de Bordet-Wassermann, de Sachs-Georgi et de Tsü. Les résultats positifs ont été obtenus dans 10,6 o/o d'après la méthode de Bordet-Wassermann, 21,5 o/o – d'après Sachs-Georgi et 23 o/o — d'après Tsü. La méthode active va parallèlement au Bordet-Wassermann et Sachs-Georgi dans la syphilis secondaire, tertiaire, latente, nerveuse, viscérale et suspecte. Sur 457 cas non syphilitique, le Bordet-Wassermann n'a pas du tout été positif, le Sachs-Georgi 1,1 o/o et Tsü 1,7 o/o. Le Bordet-Wassermann et le Tsü ont coïncidé dans 96,6 o/o, le Sachs-Georgi et le Tsü, dans 98,5 o/o Les auteurs concluent que la méthode de Tsü est la plus praticable parmi les réactions actives. Pour éviter l'auto-arrêt au contrôle, l'expérience doit se faire obligatoirement le jour de la prise du sang La lecture des résultats est plus facile et démonstrative que dans les réactions de précipitation. La méthode de Tsü coïncide dans une forte proportion avec celle de Bordet-Wassermann et de Sachs-Georgi, c'est pourquoi, combinée à l'une des réactions de précipitation, elle pourrait au besoin, remplacer dans un laboratoire provincial ou éloigné la réaction compliquée et chère de Bordet-Wassermann. Bermann.

Les propriétés isoagglutinatives du sang chez les lépreux, par J. M. Malinine et S. N. Stroukoff Krasnodar). *Vratchebnoé Délo,* n° 3, 15 février 1930. pp. 187-192.

Les recherches des auteurs ont porté sur 171 personnes lépreuses et 205 saines faisant partie de leurs familles. Ces 376 sujets étaient principalement des cosaques du Kouban, puis des Russes autochtones et enfin des Russes venus d'autres provinces de la république. Les conclusions des auteurs se résument de la manière suivante. L'étude exclusive des propriétés isoagglutinatives du sang des lépreux ne permet pas à elle seule de résoudre la question des causes endogènes qui jouent un certain rôle dans la susceptibilité à la lèpre et sa propagation. La lèpre frappe les sujets appartenant à tous les quatre groupes. Parmi les lépreux, on trouve quand même une augmentation du groupe I, surtout parmi les cosaques, ainsi que du groupe II, ce qui laisse penser à une prédisposition plus grande à la lèpre des personnes faisant partie de ces groupes. Dans les familles lépreuses, on observe que l'affection est répandue parmi les membres de famille appartenant aux différents groupes. Les lépreux du Kouban se rapportent, d'après les signes morphologiques et constitutionnels, presque exclusivement aux types de constitution gastrique et musculaire, ce qui confirme que la lèpre de la région du Kouban est principalement répandue parmi la population rurale.

BERMANN.

La méthode active de déviation du complément pour le sérodiagnostic rapide de la syphilis dans la modification de Tsien-Yung Tsü, par W. N. WASSILIEFF et E. L. GORKHOFF (Kharkov). *Vratchebnoé Délo*, n° 3, 15 février 1930, p. 192-194.

Se basant sur des données bibliographiques et la pratique personnelle portant sur 2.463 sérums examinés parallèlement d'après les réactions de Bordet-Wassermann, de Sachs-Georgi, de Kahn, de Meinicke (opacification) et de Tsü, les auteurs concluent à la grande valeur des méthodes actives pour le diagnostic de la syphilis, à leur sensibilité, leur spécificité, à leur simplicité d'exécution et de lecture des résultats, toutes ces qualités faisant préconiser la modification de Tsü dans les cas où l'on désire avoir une réponse juste et rapide quant à la syphilis.

BERMANN.

Contribution au diagnostic de la lèpre, par M. W. KHOMOUTOFF (Balacléïa). *Vratchebnoé Délo*, n° 3, 15 février 1930, p. 214.

Le malade est un jeune employé de 21 ans originaire d'une famille saine et n'ayant aucun antécédent personnel ou collatéral morbide. Pas de plainte quelconque. Le malade vient pour chercher un certificat médical de bonne santé qu'il doit présenter pour être admis à des cours supérieurs. On remarque un très léger œdème de la face, surtout aux arcades sourcilières. Les téguments ont une teinte de hâle, sauf à la face où ils sont plus clairs. Le froid rend la peau légèrement violacée. Tous les ganglions lymphatiques sont augmentés de volume, indurés, indolores, non soudés aux tissus adjacents. La ponction des ganglions inguinaux montre des bacilles de Hansen en grande quantité, isolés et en « globi » typiques.

L'auteur conclut à la difficulté du diagnostic précoce de la lèpre et préconise à cet effet la ponction des ganglions lymphatiques, principalement, de ceux des aines. BERMANN.

Vratchebnaïa Gazéta (Leningrad).

Le dermographisme et l'état fonctionnel de l'appareil neuro-vasculaire de la peau, par W. P. KOUZNETZOFF (Odessa). *Vratchebnaia Gazeta*, nº 3, 15 février 1930, pp. 207-213.

Après quelques considérations d'ordre théorique, l'auteur rapporte ses expériences personnelles sur le dermographisme. Les recherches devant être pratiquées de façon à pouvoir mesurer la force et la durée de l'irritation linéaire de la peau, l'auteur a construit un petit appareil, nommé par lui « dermographe », simple et précis à la fois. Les expériences faites sur un grand nombre des sujets ont confirmé les conclusions antérieures de l'auteur qui se ramènent à ce que le dermographisme blanc apparaît primitivement dans les cas de la baisse du tonus vasculaire, tandis que le dermographisme est rouge en cas de son élévation. Le dermographisme rouge est relativement fréquent chez les cardiaques, ce qui est en rapport avec les fonctions compensatrices des vaisseaux périphériques et chez les hypertendus. Puis, il fut démontré que le dermographisme varie selon l'intensité de l'irritation, ce qui est également lié à l'état fonctionnel de l'appareil neuro-vasculaire cutané. Après avoir analysé le mécanisme et l'évolution des dermographismes, l'auteur prouve que les hypotoniques présentent au début un dermographisme blanc, tandis que les hypertoniques ont un dermographisme rouge. L'étude des chiffres fournis par le dermographe fait ressortir le fait que plus la différence entre les intensités des irritations provoquant la première réaction blanche et rouge sera grande, plus il y a d'hypotonie des vaisseaux cutanés. La même application peut être faite au dermographisme initial rouge, sauf le fait que plus il y a de différence, plus il y a d'hypertonie. Les observations cliniques prouvent bien cette assertion. La détermination des index dermographiques présente une grande importance en neuropathologie (psychonévroses et localisation des troubles nerveux) en hydrothérapie où il est nécessaire de connaître le tonus des vaisseaux cutanés et en cardiologie où la connaissance du tonus des vaisseaux périphériques présente une grande valeur thérapeutique et pronostique. BERMANN.

Clinitcheskaïa Médizina (Moscou).

Contribution à l'étude de la descendance des syphilitiques, par G. I. MESTCHERSKY (Moscou). *Clinitcheskaïa Medizina*, t. VII, nos 23-24 (122-123), décembre 1929, pp. 1475-1478.

Après un bref aperçu général sur l'influence néfaste de la syphilis sur les lignées descendantes et avoir démontré son rôle étiologique dans le développement des diverses tares dystrophiques physiques et psychiques,

l'auteur rapporte un intéressant tableau généalogique d'une nombreuse famille d'un ascendant syphilitique. Ce tableau est composé par une représentante de la troisième génération qui a appris par hasard le « mystère familial » et qui, effrayée, est venue se faire examiner aux fins de dépistage de la syphilis.

La souche de cette famille atavique est morte de pyélo-cysto-néphrite suppurée. Ses enfants, la première génération, n'ont fourni aucun sujet sain. On trouve parmi eux : un homme atteint de psychose dégénérative et qui s'est suicidé, deux sujets à caractère pathologique, dont un s'est également suicidé ; un est mort en bas-âge de méningite et un dernier représentant qui avait une gangrène du pied, considérée comme « nerveuse » est amputé.

La seconde génération a fait plusieurs fausses couches, morts-né et nés prématurés ; sur 18 sujets ayant atteint l'âge adulte, il n'y avait que 5 sujets physiquement et psychiquement sains. Deux personnes avaient un arrêt de développement physique, trois présentaient une imbécillité allant jusqu'à l'idiotie ; deux, une épilepsie ; une, un instinct pathologique ; trois, des malformations physiques ; une, des ostéopathies spécifiques ; deux, un scrofuloderme ; deux, des migraines atroces ; une un catarrhe laryngé chronique et de l'aphonie.

La famille de la souche ne comptait ni alcooliques, ni tuberculeux, ni maladies nerveuses ou mentales, c'est pourquoi toutes les dystrophies du système nerveux doivent être attribuées à la syphilis.

Il est intéressant de noter que la souche, puis les membres de la première génération, ont fait un « secret familial » de leur syphilis et ne se faisaient pas soigner, car autrement, ils auraient pu, en grande partie du moins, prévenir les désastres et avoir une postérité normale ou à peu près. Bermann.

Contribution à la clinique de la syphilis des glandes endocrines, par M. Rossiysky (Moscou). *Clinitcheskaïa Medizina*, t. VII, nos 23-24 (122-123), décembre 1929, pp. 1765-1777.

L'auteur fait une étude détaillée de la symptomatologie de la syphilis endocrine. A part les observations bibliographiques, l'auteur décrit neuf cas de syphilis des glandes endocrines observés à la policlinique interne de la première Université de Moscou. Excepté deux cas de nanisme syphilitique décrits par l'auteur lui-même, les sept autres cas ont été déjà décrits par ses collaborateurs Ces cas comprennent un basedowisme et goitre syphilitique, la maladie de Basedow, l'hyperthyroïdisme avec adipose généralisée, le diabète insipide et l'acromégalie. Le traitement antisyphilitique, associé à l'opothérapie, a amélioré ou guéri les malades.

Les troubles pluriglandulaires s'observent habituellement au cours de l'hérédo-syphilis, tandis que la syphilis acquise produit des troubles monoglandulaires. Dans les cas de syphilis congénitale, c'est la forme

inflammatoire interstitielle et diffuse que l'on constate ordinairement, tandis que la syphilis acquise fournit des accidents gommeux.

Toutes les glandes peuvent être affectées, mais la fréquence n'est pas la même. C'est la thyroïde qui occupe le premier rang, puis viennent le thymus, l'hypophyse, les surrénales, le pancréas, etc. La réaction de Bordet-Wassermann n'est pas toujours positive.

L'auteur recommande, en cas de troubles endocrines, d'essayer toujours le traitement spécifique mixte intense combiné à l'opothérapie correspondante, car cette association peut, le plus souvent, fournir des résultats positifs, confirmant une étiologie syphilitique fréquemment ignorée. BERMANN.

Roussky Vestnik Dermatologuii (Moscou).

Affection cutanée provoquée par un microbe pathogène du groupe Bacillus subtilis, par I. A. GORTCHAKOFF et O. A. KOMKOURA (MOSCOU). *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, nº 1, janvier 1930, pp. 2-14.

Femme âgée de 55 ans et exerçant le métier de tricoteuse de laine de brebis. Sa maladie cutanée à débuté par une petite tumeur indolore du dos de la main droite, située à la racine des quatrième et cinquième doigts. En l'espace de deux semaines, cette tumeur devient douloureuse et s'accroît ; en même temps, le dos de la main et la face d'extension de l'avant-bras droit se couvrent de nodules, au nombre de sept, d'un volume allant de celui d'un pois à celui d'un noyau de prune et disposés sur le trajet des vaisseaux lymphatiques. Dans la suite, sous l'action des compresses humides, la tumeur initiale se ramollit et s'ouvre, donnant naissance à une ulcération mesurant deux centimètres sur trois centimètres, profonde de un demi-centimètre, à bords irréguliers, décollés, à fond inégal, mou, brillant et recouvert de granulations. La sécrétion de l'ulcère, purulente au début, devient ultérieurement séreuse. Vu pour la première fois par les auteurs, l'ulcère est indolore, à bords bleus pourprés de un centimètre de largeur, se continuant insensiblement avec la peau normale. Les nodules ne sont pas mobiles, soudés aux plans sous-jacents, la peau les recouvrant varie du rose au rouge sombre. Adénopathie axillaire.

La malade ne présente, au point de vue général, qu'une dilatation cardio aortique et des réflexes vifs ; ménopause, dermographisme rose retardé et durable. Réactions de Bordet-Wassermann et Pirquet négatives.

Histologiquement, le fond de l'ulcère présente une infiltration sanguine et à petites cellules ; plus profondément, on trouve des parties nécrosées avec leucocytes neutrophiles ; l'épithélium entourant l'ulcère est hypertrophié et corné ; au-dessous, on constate une inflammation des tissus et une infiltration de cellules épithélioïdes et géantes. Les nodules se montrent comme des vastes foyers de prolifération épithélioïde, avec

cellules géantes, disposées au milieu d'un tissu conjonctif fibreux, avec des épanchements sanguins étendus. Les coupes ne montrent aucun microbe.

Après avoir successivement éliminé les diagnostics de chancre mou et dur, gomme syphilitique et tuberculeuse, actino- et blastomycose, farcin, charbon, bouton d'Orient, les auteurs ont pensé à la sporotrichose du type Schenk et Hektœn (sporotrichose lymphangitique gommeuse sous-cutanée), mais les recherches multiples sont toujours restées négatives. Entre temps, la malade fut mise au traitement par l'iodure de sodium administré *per os* et par voie intraveineuse, tout en employant les pansements locaux au lugol, mais il ne s'en est suivi aucune amélioration, l'on a même vu se développer des phénomènes d'iodisme prononcés. Bien plus, c'est au cours du traitement par l'iode que l'on a vu survenir deux nouveaux nodules situés près de l'ulcère initial et qui, après avoir franchi les stades d'inflammation et de suppuration, ont également abouti à des ulcérations. Pendant ce temps, les nombreux ensemencements des produits de ponction des nodules et des ulcères pratiqués sur des milieux variés ont fourni des cultures pures d'un bacille aérobie sporogène Gram positif. Ce bacille, étudié en détail, appartient, d'après ses propriétés bio- et morphologiques, à la famille des bacillacées et à l'espèce de bacilles dont le représentant est le *B subtilis*. Ce bacille est connu dans la littérature sous les noms de *B. anthracoides* de Grierson, *B. anthracis similis* de Mc Farland, *B. pseudoanthracis* de Burri, *B. megaterium*. Il présente des ressemblances avec la bactéridie charbonneuse, mais en diffère par plusieurs signes biologiques.

L'autovaccin préparé avec ce bacille a fourni une intradermo-réaction positive chez la malade et négative chez un sujet de contrôle. La réaction d'agglutination du bacille constatée avec sérum de la malade a été positive à 1 pour 700. Les auteurs se sont servi de l'autovaccin mentionné pour traiter la malade. Elle a reçu six injections sous-cutanées à la dose de 0 gr. 30 pratiquées tous les 6-7 jours. La malade a été presque guérie au bout de quatre semaines, mais elle est partie, en ne gardant qu'un nodule non résorbé situé près du coude. Revue au bout d'une année, la malade présenta ce nodule augmenté. L'ensemencement du produit de sa ponction a de nouveau fourni une culture pure du bacille décrit et trouvé auparavant. Le sérum de la malade s'agglutinait à une dilution de 1 pour 1.000. Les expériences faites avec le bacille isolé ont démontré qu'il est pathogène pour les animaux de laboratoire, souris cobayes et lapins. Son inoculation entraîne chez ces animaux une affection septicémique aiguë avec phénomènes de toxémie intense. Après la mort de ces animaux, leur sang et organes internes contenaient des cultures pures du bacille inoculé. Plusieurs souris inoculées ont présenté, à l'endroit d'inoculation, des ulcères analogues à ceux observés chez la malade et contenant le même bacille.

Les auteurs concluent que leur cas est très rare, mais ceci ne prouve pas que des cas analogues ne soient pas aussi rares que cela. Il est possible

qu'une certaine quantité de ces cas soit diagnostiquée, sans un examen bactériologique approfondi, comme pustule maligne. D'autre part, des cas sans diagnostic définitif et bien établi sont sûrement des cas d'affection cutanée due au microbe pathogène décrit. D'où la nécessité d'études bactériologiques détaillées dans des cas peu clairs, rares et insolites.

BERMANN.

Coloration insolite de la peau et des muqueuses chez des ariens, par E. W. KISTIAKOWSKY (Kief). *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, no 1, janvier 1930, pp. 15-21.

L'auteur rapporte deux cas personnels, rares et intéressants.

Dans le premier, il s'agit d'un étudiant italien de 18 ans, grand fumeur et souffrant de constipation opiniâtre. Il présente des lèvres épaisses, des cheveux crépus, des mains et des pieds démesurément grands, les poils du pubis affectent une disposition féminine. Les téguments cutanés sont de teinte jaune clair, citron, comme chez un Chinois ou un Malais, l'intensité de cette coloration étant surtout prononcée à la face, aux aisselles et aux mamelons. Cette teinte est congénitale et correspond, en général, au n° 24 du tableau de Broca. Les gencives présentent une bande bleu-noir à surface inégale et correspondant aux incisives et canines. Elle est large de huit millimètres, bien délimitée, ne disparaît pas à la vitropression et, d'après l'intensité de coloration, peut être comparée à celle du n° 50 du tableau de Broca. L'observation du malade montre que l'intensité de couleur de cette bande diminue aux périodes où le malade cesse de fumer et d'être constipé, mais qu'elle augmente de nouveau dès que le malade reprend son habitude de fumer qui s'accompagne de constipation. Après avoir éliminé les affections produisant une coloration foncée des téguments et des muqueuses, l'auteur conclut tout d'abord que le malade présente des signes d'atavisme. La teinte insolite de la bande gingivale s'explique par l'imprégnation par des sulfures métalliques, résultant de la réaction entre les sulfures du sang formés au cours de la constipation et les sels métalliques des cendres du tabac.

Le second cas concerne un Russe de 28 ans, brun, présentant une pigmentation réticulée des téguments. Sa face ressemble fort bien à celle des femmes enceintes atteintes de chloasma utérin. La conjonctive des yeux montre une mélanose très rare sous forme de taches disséminées à pigmentation gris foncé, des dimensions variées et occupant environ deux tiers de chaque globe oculaire. La coexistence de la coloration insolite de la peau et des conjonctives pourrait s'expliquer. au point de vue embryologique, par leur origine ectodermique commune. BERMANN.

La valeur pratique de la réaction de Kahn dans le sérodiagnostic de la syphilis, par MM. ZARKHI, K. I. WICHNIAK et M. B. FEYGUINE (Moscou). *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 1, janvier 1930, pp. 21-28.

Après avoir exposé les données générales relatives à la réaction de Kahn, les auteurs rapportent leurs recherches personnelles ayant eu pour

objet sa comparaison avec la réaction de Bordet-Wassermann. Ils ont pratiqué ces deux réactions parallèlement sur 10.000 sérums dont 3.820 particulièrement bien étudiés ont servi de base à leur étude. Ces 3.820 cas se composaient de syphilitiques de tout âge, sexe et stade, de malades non syphilitiques et de sujets sains. Les conclusions des auteurs sont formulées de façon suivante : La modification accélérée de la réaction de Kahn présente une méthode très importante de sérodiagnostic de la syphilis. Cette réaction concorde avec celle de Bordet-Wassermann dans 95,3 o/o, elle correspond presque toujours aux données cliniques, tout en se distinguant par sa technique simple et bon marché, ne demandant aucun appareil compliqué, ni d'animaux de laboratoire. La réaction de Kahn s'est révélée, par sa sensibilité, comme supérieure à celle de Bordet-Wassermann dans tous les stades de syphilis, excepté de syphilis nerveuse, où la réaction de Bordet-Wassermann s'est montrée plus sensible. Or, cette sensibilité plus grande de la réaction de Kahn fournit des résultats non spécifiques en plus grande proportion que celle de Bordet-Wassermann (1,26 o/o pour le Kahn et 0,6 o/o pour le Bordet-Wassermann). Dans un grand nombre des cas, surtout traités, la réaction de Kahn se montre non seulement plus sensible, mais aussi plus fixe que celle de Bordet-Wassermann, en restant encore positive au moment où le Bordet-Wassermann est déjà négatif. La réaction de Kahn est surtout appréciable, comme méthode de diagnostic, au cours des examens en masse pratiqués par des dispensaires vénéréologiques et établissements médicaux de province. BERMANN.

Contribution à l'étude des périostites blennorragiques, par A. D. TZÉLICHTCHÉWA (Kazan). *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 1, janvier 1930, pp. 28-33.

Les données bibliographiques concernant les périostites blennorragiques sont relativement pauvres dans la littérature étrangère et manquent tout à fait dans la littérature russe. D'où résulte le grand intérêt des trois cas observés personnellement par l'auteur.

Le premier a trait à un comptable russe de 22 ans, célibataire, atteint d'urétrite gonococcique, compliquée au bout d'un mois, d'arthropathies multiples, métatarso-phalangiennes et tibio-tarsiennes des deux pieds, des deux genoux, vertébrale (lombaire), des deux épaules, sterno-claviculaire et tarsalgie droites. En même temps, prostatite et spermatocystite bilatérale. Après trois séances de diathermie endo-rectale, les arthropathies s'aggravent, surtout à l'articulation sterno-claviculaire droite qui présente à la clavicule, près de l'articulation une tuméfaction circonscrite. La diathermie prostatique améliore progressivement et guérit les douleurs articulaires et fait résorber la périostite claviculaire. Dans le deuxième cas, il s'agit d'un chargeur tartare de 21 ans, célibataire, dont l'urétrite blennorragique s'est compliqué, au début, de prostatite aiguë avec rétention urinaire. Quatre mois et demi après le commencement de sa blennorragie, le malade présente une prostatite chronique, une sper-

matocystite double, des arthrites des deux métatarses, métatarso-phalangiennes, bilatérales, des tarsalgies, des arthrites au genou et à l'épaule gauches. Le malade est traité par des lavages, la diathermie prostatique et des bains de boues. Un massage de la prostate provoque l'aggravation des douleurs de toutes les articulations; au tiers supérieur de la tubérosité inférieure du tibia apparaît une infiltration douloureuse, délimitée et diagnostiquée comme périostite blennorragique. Guérison par diathermie prostatique et bains de boue Dans le troisième cas, il s'agit d'une couturière russe, âgée de 48 ans A 28 ans, elle a eu une blennorragie compliquée d'arthrites multiples et ayant laissé, comme séquelle, une ankylose du genou gauche. Actuellement urétrocystite gonococcique aiguë rapidement compliquée de bartholinite gauche et de vaginite. Après une injection de 3 centimètres cubes d'auto-sang pratiquée autour de la glande de Bartholin, douleurs au genou droit et au-dessous. La palpation et les rayons X montrent que le genou n'est pas atteint, mais on trouve une périostite tibiale droite au voisinage du genou. Guérison par vaccinothérapie.

L'auteur conclut que la périostite observée dans les trois cas résultait de la propagation par continuité du processus inflammatoire articulaire, ce qui contribua à la confusion de ces deux localisations blennorragiques. La périostite est en rapport avec les foyers primaires (prostatite, bartholinite) dont le traitement diathermique, par massage et injection d'auto-sang a déclanché la périostite. La guérison résulta des méthodes générales (diathermie, vaccinothérapie) et locales (massage, lavages, etc.).

BERMANN.

Le traitement de la syphilis par le myosalvarsan, par A. I. PROUSSAKOFF (Moscou). *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 1, janvier 1930, pp. 33-47.

Le traitement par injections intrafessières de myosalvarsan a été appliqué par l'auteur à 45 syphilitiques de stade et d'âge variés dont la majorité étaient hospitalisés à la clinique. Parmi ces malades se trouvaient 25 hommes et 20 femmes ; les enfants au-dessous de 6 ans étaient au nombre de 4. Le nombre d'injections intra-musculaires de myosalvarsan faites aux malades était de 352. La plupart des malades n'étaient traités que par le myosalvarsan seul, une quantité insignifiante seulement avaient, en plus, reçu des injections de bismuth et de l'iodure *per os*.

Les données bibliographiques et personnelles permettent à l'auteur de faire les constatations suivantes : D'après son action curative sur les accidents syphilitiques, la vitesse de disparition des spirochètes, la négativation des séro-réactions, le myosalvarsan reste inférieur au néosalvarsan et ne peut. par conséquent, le remplacer, quoiqu'il possède l'avantage d'un mode d'emploi commode et facile. Il est donc nécessaire d'associer au myosalvarsan le bismuth ou le mercure. Le myosalvarsan rend des services énormes dans les cas où il est impossible, pour des raisons

techniques ou thérapeutiques, de faire des injections intraveineuses de néosalvarsan, donc principalement, dans la pratique infantile. Vu que le myosalvarsan est capable d'entraîner des accidents plus fréquents que le néosalvarsan, il est indispensable de prendre des précautions très minutieuses dans le choix des doses, intervalles entre les injections, anamnèse et examen général des malades. A titre prophylactique contre les accidents myosalvarsaniques, il est très utile de se servir d'injections intraveineuses d'hyposulfite de soude. Les douleurs locales sont notablement diminuées, si le myosalvarsan est dissous dans une petite quantité d'eau (1-2 cm³). La réaction d'Abelin peut être utilisée pour mesurer l'élimination rénale du myosalvarsan, mais l'on ne peut lui attribuer une valeur pronostique. La réaction d'Abelin montre une certaine accumulation du myosalvarsan dans l'organisme des malades. BERMANN.

Contribution à la casuistique de l'urticaire pigmentaire, par D. M. ZAMAKHOVSKY. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 1, janvier 1930, pp. 48-56.

Après une revue bibliographique, l'auteur décrit un cas personnel d'urticaire pigmentaire de la peau et de la muqueuse buccale Il s'agit d'un garçon de 14 ans dont les antécédents héréditaires, collatéraux et personnels ne présentent rien de particulier. Le malade est de constitution normale et robuste ; son bassin revêt l'aspect féminin ; absence de signes sexuels secondaires. Les organes internes et organes des sens sont normaux. Son affection cutanée a débuté brusquement à l'âge de 6 semaines sans prurit et n'a pas changé depuis lors. Les téguments de tout le corps, tête, visage, tronc et extrémités sont recouverts des taches lisses, disséminées, isolées, non confluentes, rondes, ovales, de dimensions allant d'une lentille à une pièce de un franc, couleur café au lait au visage et au tronc, et brun foncé ou brun rougeâtre aux extrémités. Pas de prurit. La peau saine montre un dermographisme rouge intense. L'irritation des taches pigmentées, provoque leur tuméfaction et des raies urticariennes durables. La muqueuse des joues et des lèvres présente également des taches disséminées, grosses comme une lentille, sans tendance à confluer, irrégulièrement rondes, non saillantes, de couleur gris clair. Le frottement de ces taches provoque aussi la formation d'éléments urticariens. La biopsie de la peau montre une forte quantité de pigment dans l'épiderme et une riche proportion des mastzellen dans le derme. La biopsie de la muqueuse montre une absence totale de pigment et une grande quantité de mastzellen.

L'intérêt du cas de l'auteur consiste dans la combinaison d'urticaire de la peau et des muqueuses ce qui est une telle rareté qu'on n'en trouve de semblable décrit dans la littérature. D'autre part, il montre l'indépendance des taches pigmentaires et du pigment. même à la muqueuse. L'urticaire pigmentaire peut exister sans pigmentation et la coloration du foyer peut, dans ce cas, être conditionnée par la présence des mastzellen seules. BERMANN.

Un cas d'érythème tertiaire, par W. I. Soukhareff et G. Neumann (Piatigorsk). *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 1, janvier 1930, pp. 56-57.

Le malade est un serrurier de 32 ans se plaignant d'un état nerveux existant depuis cinq ans, d'une éruption apparue depuis deux ans et de palpitations avec douleurs cardiaques survenues depuis un an. L'éruption cutanée est apparue au cours d'un séjour du malade à la station thermale d'Essentouki, au Caucase, où le malade prenait des bains alcalins salés. L'éruption qui n'a jamais été prurigineuse disparaissait à plusieurs reprises, mais réapparaissait en des régions nouvelles, au bout de quelques mois. Elle se montre actuellement composé d'éléments légèrement surélevés, rosâtres, légèrement jaunâtre, disposés en anneaux et arcs de cercle, localisés aux extrémités supérieures, aux lombes et au gland. Le Bordet-Wassermann fut légèrement positif l'année passée, bien que le malade n'eut qu'une blennorragie. Le malade présente une dilatation cardio-aortique, une hyperplasie du système lymphatique et une laryngite chronique. La disposition, la localisation et la tendance aux récidives des efflorescences cutanées ont fait supposer une forme maculeuse ou roséolique d'érythème tertiaire. Le malade ayant été mis au traitement spécifique mixte (néo, mercure, iode), on constate bientôt après les premières injections que ses réactions sérologiques sont devenues très positives (Bordet-Wassermann et Sachs-Georgi). La cure mixte, combinée aux bains et inhalations sulfureuses a fait disparaître l'éruption cutanée qui n'a laissé que des taches pigmentées un peu squameuses. A la fin du traitement, Bordet-Wassermann et Sachs-Georgi négatifs. L'auteur note que l'intérêt de son cas a consisté dans la méconnaissance de l'éruption du malade, puis dans l'action provocatrice des eaux minérales qui ont activé les forces immunes de l'organisme, ensuite dans la valeur des eaux minérales sulfureuses aidant l'élimination rapide des agents antisyphilitiques, car en 25 jours le malade a bien toléré 0 gr. 24 de bi-iodure de mercure, 6 gr. 50 de néosalvarsan et 30 grammes d'iodure de potassium.

Bermann.

Venerologia i Dermatologia (*Moscou*).

Contribution à la clinique de l'urticaire chronique avec pigmentation, par L. I. Christine (Kief). *Vénérologia i Dermatologia*, n° 1, janvier 1930, pp 25-29.

Après un aperçu bibliographique, l'auteur passe à la description de son cas personnel. Il concerne un homme de 30 ans, célibataire, grand fumeur. Rien de particulier aux antécédents héréditaires collatéraux et personnels. Son éruption cutanée a débuté il y a 7 ans au cours d'un typhus exanthématique grave. Les taches apparues au tronc et aux extrémités n'ont plus disparu, au contraire, elles s'étendaient même de plus en plus. La transpiration les fait enfler et rougir, ainsi que n'importe quelle irritation (frottement, etc.). Pas de prurit. Traitements nombreux

et sans succès. Le malade présente une adénopathie indolore de tous les ganglions lymphatiques. Dermographisme rouge durable. Pas de réflexe conjonctival ni glottique. Sommets pulmonaires opaques aux rayons X, ganglions paratrachéaux et trachéo-bronchiques. L'éruption se compose d'éléments épais, bruns, irréguliers de volume, du volume d'une lentille. La friction provoque leur turgescence et ce sont alors des papules qui apparaissent. Dans le sang, on note une éosinophilie de 8 o/o. La biopsie montre une accumulation de pigment brun dans la couche de Malpighi, surtout à sa partie basale, et des mastzellen éparses surtout autour des vaisseaux.

L'auteur conclut en accord avec Kerl, que le terme d'urticaire pigmentaire ne doit être réservé qu'aux formes ayant débuté dans la première enfance et qui sont caractérisées par un grand nombre de mastzellen. Les autres formes survenues à l'âge plus avancé, ayant l'aspect d'éruption maculeuse pigmentée, ne provoquant pas de troubles subjectifs et présentant à la biopsie une petite quantité des mastzellen doivent bénéficier de l'appellation d'urticaire chronique avec pigmentation. C'est dans cette dernière catégorie qu'il range son cas personnel. BERMANN.

Prensa medica del Uruguay (*Montevideo*).

Contribution à la physiopathologie des affections du tégument produites par les radiations. La radionevrite Contribution à la fisiopatologia de las afecciones del tegumente producidas por las Radiaciones. La Radioneuritis par CARLOS STAJANO. *La Prensa medica del Uruguay*, 15e année, no 1, septembre 1929.

Les diverses modalités des radiodermites (de l'hyperhémie initiale à la cancérisation secondaire) doivent être considérées comme la conséquence de lésions névritiques périphériques locales. Les altérations cellulaires sont le témoin du processus très complexe qui se développe dans le réseau neurotrophique régional. Elles sont l'effet et non la cause de la maladie.

J. MARGAROT.

La thérapeutique des radiodermites chroniques étendues par l'électrocoagulation (La terapeutica de las Radiodermitis cronicas extensas por la Electrocoagulacion), par CARLOS STAJANO. *La Prensa Medica del Uruguay*, Montevideo, 15e année, no 2, octobre et novembre 1929, p. 53, 11 fig.

L'électro-coagulation — utilisée par l'auteur depuis 4 ans — détruit les tissus malades et convertit une zone atonique en une plaie douée d'un pouvoir de cicatrisation normal.

Trois malades atteints de radiodermites ulcéreuses anciennes et rebelles ont été guéris définitivement. La cicatrice obtenue est souple, non rétractile. Elle n'est le siège d'aucune sensation subjective, anormale. Dans le premier de ces cas une dermo-épidermite infectieuse, survenue 4 mois après une première cicatrisation, a nécessité une nouvelle séance. La réparation s'est faite intégralement dans la suite.

Un fait singulier est à noter chez le second malade : l'électro-coagulation a eu pour conséquence la guérison d'une ulcération symétrique. Le phénomène est identique à celui que l'auteur a étudié expérimentalement sous le nom de *réflexe trophique controlatéral* et qui consiste en l'apparition d'une lésion du côté opposé à une zone traumatisée.

J. Margarot.



LIVRES NOUVEAUX

La pseudo-pelade de Brocq, par Panagiotis B. Photinos. 1 vol. 485 pages, avec 90 fig. (N. Maloine, éditeur)

Voici une monographie comme il nous en faudrait beaucoup. La pseudo-pelade de Brocq est un type dermatologique universellement reconnu, mais au sujet duquel la science n'est pas faite puisque nous ignorons tout de sa nature.

Le docteur Panagiotis Photinos, neveu du professeur Georges Th. Photinos dont il a été l'élève à l'Hôpital André Syggros d'Athènes, et actuellement assistant étranger à la Clinique de la Faculté à l'Hôpital St-Louis, a entrepris d'exposer ce que nous savons et ce que nous ignorons sur ce sujet.

Il nous fait assister à la constitution du type morbide pseudo-pelade, qui a été entrevu par Neumann et a été magistralement décrit par L. Brocq en 1885 ; il relate les observations et les discussions auxquelles il a donné lieu, en reproduisant par modestie les textes mêmes des auteurs. Avec le même souci d'être complet il rapporte les travaux parus sur la question dans tous les pays, donne leur indication bibliographique, étudie le diagnostic différentiel et l'histologie de la pseudo-pelade.

Ainsi mis au courant des données du problème, on se porte avec intérêt aux chapitres où l'auteur va nous dire ce qu'il pense de la nature de cette affection, qui pour Brocq jusqu'à la fin de ses jours était restée énigmatique. Pas plus que ses devanciers P. Photinos n'a réussi à mettre en évidence un agent infectieux spécial. L'étude des biopsies faites par Civatte a conduit ce dernier à conclure (p. 422) que « la pseudo-pelade est rejetée loin des folliculites cicatricielles et des acnés décalvantes où les infections folliculaires semblent jouer le premier rôle, et qu'elle s'incorpore plutôt aux dermatoses toxiniques ou endocriniennes ».

Malgré cela, P. Photinos, tenté par les arguments divers (p. 464) qui plaident pour la nature microbienne locale de la dermatose, influencé par ses propres recherches bien qu'elles soient restées inachevées, et aussi par le poids de l'opinion de divers auteurs, penche résolument vers l'interprétation infectieuse. Il sent bien cependant que la question n'est pas résolue. S'il se contente, comme il le déclare, d'avoir préparé la voie et aidé au travail des chercheurs ultérieurs, on peut l'assurer qu'il y a réussi et qu'il s'est acquis par là un droit certain à leur gratitude.

Darier.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX



LA DERMITE DES PARURES

Par Charles DU BOIS, de Genève (1).

Depuis deux ou trois ans, la rencontre en clientèle d'un certain nombre de cas de dermite en collier, exclusivement chez la femme, nous avait fait soupçonner l'influence nocive des bijoux modernes et variés qui sont le produit de savantes combinaisons chimiques.

Un cas récent et des plus démonstratif prouve le bien-fondé de cette supposition, apportant une contribution inédite à la connaissance des dermites de cause externe.

Une femme de 35 ans, en parfait état de santé et sans dermatoses familiales reçoit en cadeau un bracelet en simili-cristal dont les multiples segments sont maintenus par deux élastiques circulaires pour permettre l'adaptation à tous les niveaux de l'avant-bras.

La substance des segments, transparente comme du cristal, un peu jaunâtre mais plus légère, est incassable : son toucher est particulièrement agréable, onctueux. C'est le produit d'une combinaison chimique nouvelle mise dans le commerce depuis 4 ans seulement, qui se façonne et se taille à volonté pour la confection de bracelets, de colliers, de bagues, de fume-cigarettes. Colorables dans toutes les teintes, des morceaux de ce faux cristal font aussi partie de parures composées dans lesquelles la galalithe alterne avec nombre d'autres produits.

Notre malade met son bracelet pour la première fois un soir de spectacle, le garde 4 heures durant et l'enlève en se couchant sans rien remarquer d'anormal. Le lendemain elle s'étonne de constater sur son bras des raies rouges, nettement dessinées, un peu prurigineuses, qu'elle attribue à une pression exagérée du bracelet dont elle n'a pourtant nullement été gênée dans la soirée. Le surlendemain la rougeur et le prurit s'accentuent, les bandes enflammées se surélèvent, leur surface se couvre de vésicules miliaires, l'avant-bras se tuméfie. Comme l'inflammation s'accentue de jour en jour, la malade se décide enfin à prendre l'avis du médecin. Nous la voyons au cinquième jour dans l'état reproduit par la photogra-

(1) Manuscrit remis le 15 juin 1930.

phie, avec le bracelet comme pièce à conviction (fig. 1). Les bandes éruptives font le tour avec une régularité parfaite laissant entre leurs limites, très nettes, une peau d'apparence normale sans érythème de diffusion, tout le bras est augmenté de volume, la palpation du creux axillaire est douloureuse, sans réaction ganglionnaire appréciable.

Le diagnostic s'impose, il s'agit d'une dermite vésicante artificiellement provoquée par le bracelet distendu, chaque bande éruptive correspondant exactement à la base d'un segment. Nous prescrivons des compresses d'eau amidonnée et un repos complet que la malade néglige naturellement, aussi assistons-nous les jours suivants à la généralisation de la dermite sous forme d'un érythème intense, avec bouffissure de la face dont les yeux sont clos, gonflement des muqueuses à tous les orifices naturels, prurit généralisé intolérable. Puis l'éruption prend le type eczémateux net, avec suintement derrière les oreilles et aux plis articulaires, dyshidrose interdigitale et palmaire avec d'énormes vésicules. Aux jambes et aux pieds, l'éruption reste discrète comme si la force d'expansion s'était épuisée à partir des genoux. Après trois semaines de bains émollients et de désensibilisation par l'hyposulfite le prurit se calme, une desquamation lamelleuse succède à l'érythème, les croûtelles quittent les régions qui ont suinté, la peau reprend son aspect naturel sauf au niveau des bandes primitives où elle se pigmente. Alors s'installe une furonculose de presque tous les plis articulaires et c'est beaucoup de malheur pour avoir porté un seul soir, un bracelet neuf.

Notre première idée fût que la malade avait appliqué sur ses bras l'une ou l'autre des nombreuses préparations destinées à blanchir la peau et dont la réduction par les rayons lumineux filtrés à travers ce faux cristal aurait déclanché la dermite. Il n'en était rien et la malade dit n'avoir pas même transpiré sous son bracelet. De nombreuses expériences ont du reste prouvé que la plaque photographique est normalement influencée par la lumière à travers cette composition qui ne contient aucune substance radioactive.

Pour être renseigné sur les qualités de ce nouveau corps, nous avons fait le tour des magasins qui en vendent et, sans rien apprendre sur sa composition, nous avons recueilli des données intéressantes. Chez un bijoutier, une cliente a rapporté après quelques jours le collier qu'elle venait d'acheter, dans l'impossibilité qu'elle était de le porter sans être atteinte après quelques heures, d'un eczéma autour du cou. Une marchande d'articles de fumeurs nous raconte qu'un fume-cigarettes de cette matière a provoqué un eczéma tenace de la lèvre et du menton. Comme nous n'avons pu contrôler ces faits nous les donnons pour ce qu'ils valent. Par contre dans un magasin de nouveautés, une vendeuse porte depuis des mois un bracelet semblable au nôtre sans en avoir jamais ressenti le moindre inconvénient et les expériences que nous avons faites sur plusieurs bras prouvent qu'il faut des prédispositions spéciales pour que la peau réagisse au contact de cette matière. Notons en passant que notre malade



Fig. — Dermite eczématiforme et bracelet qui l'a provoquée.

est insensible à la *Primula obconica* qu'elle manipule journellement, mais le temps nécessaire pour photographier le bracelet sur son poignet a suffit pour provoquer l'apparition de bandes érythémateuses qui ont persisté jusqu'au lendemain.

Après de multiples recherches et grâce à la bonne volonté de certains vendeurs, nous avons appris que ce nouveau produit, très à la mode, se fabrique en France et en Tchécoslovaquie, qu'il est protégé par des brevets, que dans sa composition fort complexe à base d'urée et de formol, peuvent entrer des résines synthétiques, ce que nous a démontré l'analyse chimique.

De ces composants, c'est très probablement le formol qu'il faut incriminer et si la malade refuse pour le moment de se soumettre au contrôle du test, elle raconte qu'étant enfant, elle a souffert d'un eczéma généralisé à la suite d'une application conseillée par un pharmacien pour guérir des piqûres de moustiques et qui devait être une solution diluée de formaline.

Quoi qu'il en soit, cette observation montre à quoi s'exposent ceux qui se parent d'ornements artificiellement préparés.

Dans la littérature nous n'avons pas su trouver la description de cas analogues, la nouveauté du produit et les conditions exceptionnelles nécessaires à son action expliquent la rareté du fait qui se reproduira certainement si la mode ne change pas. Cependant les Américains ont déjà attiré l'attention sur des dermites provoquées par certaines substances plastiques nouvelles employées en art dentaire. Le journal *Dental Items of Interest*, vol. LII, n° 4, avril 1930, cite un article du docteur Lindsay dans *Urologie and Cutaneous Review* qui rapporte qu'en examinant la matière plastique d'un nouveau dentier ayant provoqué une glossite, on s'est aperçu que la matière posée sur la peau du bras provoquait une forte inflammation, par suite de sa vulcanisation insuffisante pense-t-il. Il rappelle aussi que la « Bacolite » employée pour des dentiers et des fume-cigarettes cause des inflammations des lèvres et que les ouvriers manufacturant ces nouveaux matériaux plastiques contenant des résines synthétiques, de la formaldéhyde, du phénol et de l'aniline souffrent souvent d'eczémas. Il paraît évident que ces compositions sont plus ou moins analogues à celles employées pour la confection des parures modernes.

Au point de vue didactique, la « dermite des parures » consolide notre attachement au terme « dermite eczématiforme » pour dis-

tinguer dans le groupe des eczémas qui se démembre, la catégorie de ceux qui dépendent d'une cause exogène connue et déterminable, car ce terme a l'avantage d'indiquer l'acuité de la réaction accidentelle, sa forme vésiculeuse, son origine externe. A mesure que de nouveaux agents provocateurs, physiques, chimiques ou parasitaires sont découverts, le nombre des dermites eczématiformes grandit et il arrivera peut-être un jour où tous les eczémas feront partie du groupe. En attendant, l'observation clinique montre qu'il existe une dermatose souvent familiale, dont les manifestations variées apparaissent sans causes appréciables pendant tout le cours de la vie et pour laquelle le terme d' « eczéma vrai » convient à merveille tant que reste inconnue la nature du déséquilibre qui entretient cet état sous l'influence possible d'une hérédité infectieuse ou toxique.

Le nombre des eczémateux vrais est très petit par rapport à celui des sensibilisés en puissance de dermites eczématiformes ; ce qui les distingue n'est peut-être qu'une question de degré, de valeur dans l'état de la sensibilisation, la diversité est néanmoins suffisante pour ne pas les désigner par un même terme.

Notre malade sensible au formol probablement dès sa naissance, n'est pas assimilable à un eczémateux, fils et petit-fils d'eczémateux, dont la « croûte de lait » rebelle aux traitements, cède en 48 heures à un changement d'altitude, dont l'adolescence est empoisonnée par l'eczéma des plis articulaires, dont les poussées de l'âge adulte alternent avec des crises d'asthme.

La sensibilisation de celui qui souffre d'idiosyncrasie pour une substance déterminée n'est pas équivalente à celle d'un eczémateux que nous appelons encore « constitutionnel », bien que leurs réactions cutanées puissent être identiques.

Nous ne pouvons pas dire que notre malade soit atteinte d'« eczéma » de l'avant-bras, sa dermatose est trop particulière, le terme de « dermite eczématiforme » paraît d'autant plus adéquat à la désignation de pareilles réactions qu'il est indispensable pour l'établissement des rapports d'expertise en cas de dermatoses professionnelles.

Travail de la Clinique dermosyphilipathique de l'Université de Sienne dirigée par le Prof. L. Tommasi.

SCORBUTIDES PAPULO-KÉRATOSIQUES FOLLICULAIRES (MALADIE DE NICOLAU)

Par le Prof. Ludovico TOMMASI et le Dr Fernandino MACCARI.

En 1917, Nicolau (1) a décrit une dermatose qui a accompagné ou précédé dans environ 20 ou 25 o/o des cas, les cas de scorbut qui s'étaient manifestés sous la forme épidémique dans quelques formations de l'armée roumaine, pendant la guerre.

Darier a admis ces cas dans la dernière édition de son *Précis de dermatologie*, sous la désignation de « scorbutide folliculaire ».

Tout récemment, un élève de Nicolau, Theodorescou (2) est revenu sur cette question, en décrivant un cas de dermatose papulo-kératosique folliculaire dans une observation de scorbut sporadique bénin.

Comme on ne trouve dans la littérature d'autre confirmation casuistique de la dermatose sur laquelle l'École roumaine a attiré l'attention, nous avons jugé utile de noter un cas qu'il nous a été donné d'observer et qui, à notre avis, correspond au tableau que Nicolau nous en a tracé. Après l'avoir rapporté, nous en discuterons la valeur clinique, la signification, l'hypothèse pathogénique qu'il suggère et surtout nous rapprocherons comparativement les lésions folliculaires trouvées par Nicolau de celles que l'un de nous (Tommasi) a décrites dans une forme d'intoxication et de cachexie toute différente, c'est-à-dire, dans le diabète (Voir : Tommasi, Diabetide a tipo papulo-necrotico. *Giornale ital. mal. vener. e*

(1) *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, vol. VII, 1918-1919, p. 399.
(2) *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 6e sér., IX, 1928, p. 581.

pelle, 1921, fasc. V), ainsi que de celles que l'autre (Maccari) a observées dans un cas de purpura hémorragique (Voir : MACCARI, La tubercolosi come fattore predisponente di alcune forme di porpora. *Archivio ital. di dermatol. sifil. e venereol.*, 1930, fasc. IV).

OBSERVATION. — M. Mariano, 54 ans, veuf, chaufournier.

Rien à relever chez ses ascendants et collatéraux. L'enfance et l'adolescence se sont passées normalement. Il a eu un développement physique et psychique en rapport avec le milieu où il a vécu. Tout jeune, il a eu la rougeole ; à 2 ans, une pleurésie exsudative du côté droit, ayant tous les caractères anamnestiques d'une forme tuberculeuse. Bien qu'il fît ensuite une longue convalescence, il ne s'en remit pas moins si bien que son état de santé était demeuré bon jusqu'à l'apparition de la maladie actuelle.

Les habitudes de vivre de notre malade étaient des plus mauvaises. Astreint à un travail continu dans un petit four situé dans une localité éloignée et isolée, il y subissait, d'une façon presque continue, la fatigue et surtout l'exposition à la chaleur du four ; son alimentation était des plus monotones, constituée presqu'exclusivement de pain et de viande souvent salée, et sans qu'il y entrât jamais de légumes ou de fruits. Il n'est ni grand buveur, ni grand fumeur, et il n'a — affirme-t-il — jamais contracté de maladie vénérienne.

Au mois de décembre 1927 apparut une gingivite fongueuse nécrotique fortement hémorragique ; même à partir de là, au dire du malade, la peau (et spécialement dans les parties découvertes et dans les zones normalement pigmentées) commença à prendre une coloration brune, toujours plus nette et plus intense, ce pendant qu'une asthénie de plus en plus profonde, tant psychique que physique, mit l'homme rapidement hors d'état de vaquer utilement à ses occupations. Le degré de dépérissement de l'état général s'accentua rapidement, au point d'atteindre bientôt l'intensité d'une véritable cachexie. Le patient nie avoir observé du mélœna, ou s'être aperçu de brusques crises d'asthénie. Au mois de février apparurent de vastes ecchymoses et pétéchies, surtout à la face d'extension des membres, et cela décida le malade à entrer à l'hôpital.

Examen objectif. — Le malade est couché dans le lit, dans le décubitus dorsal, dans un état d'asthénie profonde ; les facultés psychiques et sensorielles sont indemnes, mais on note de la difficulté et de la lenteur dans la perception et l'idéation ; il y a tendance à la première combinaison morphologique de De Giovanni. Ce qui frappe chez le malade, c'est une coloration brune spéciale, diffuse, de tout le corps, mais qui est particulièrement intense aux parties découvertes, aux aréoles mammaires qui sont noirâtres et au scrotum. Il y a déchéance profonde de l'état de nutrition ; le pannicule adipeux est très rare ; il n'y a pas d'œdème. Les

muscles sont extrêmement flasques, bien qu'encore conservés comme masse.

Les gencives sont entièrement recouvertes d'une prolifération fongueuse, sanguinolente; elles présentent ça et là des zones nécrosées et ont une forte tendance à l'hémorragie. La peau est sèche. Aux membres supérieurs, à l'abdomen, aux fesses, aux membres inférieurs, il y a des points hémorragiques, qui, dans les parties plus déclives (fesses, face postérieure des cuisses, région poplitée) présentent l'aspect de vastes placards ecchymotiques, de couleur rouge vineux ou bleuâtre, de forme très irrégulière, à bords plutôt estompés ; dans d'autres parties (autour des coudes, à la face d'extension des bras et des avant-bras, à la face latéro-externe des cuisses, aux jambes), il y a de petites pétéchies hémorragiques, les unes isolées, les autres coïncidentes, comme siège, avec des éléments papulo-kératosiques folliculaires, que nous allons décrire.

Il s'agit d'élevures papuleuses dont la grandeur va de celle du grain de mil à celle d'une lentille, à siège folliculaire, acuminées, surmontées à leur sommet d'un éperon corné, qu'à l'examen attentif on voit s'enfoncer et s'emboîter dans le corps même de la papule. Chacun de ces éléments est pourvu à son centre d'un poil plus ou moins déformé. La couleur de ces éléments présentait, au moment où nous l'avons observée, les tonalités suivantes : le halo est rouge vif; la zone intermédiaire est plus claire, par suite d'une légère desquamation ; le centre et le sommet sont blanc grisâtre, à cause du bouchon kératosique décrit. Toute la coloration rouge ne disparaît pas à la diascopie, montrant, évidemment, en certains points, la présence en activité et des reliquats d'hémorragies pétéchiales électivement apparues au siège des éléments papuleux. Aux extrémités inférieures, le coloris est un peu plus foncé et on y remarque encore un peu de pigmentation.

Le siège de cette éruption papuleuse se trouve presqu'exclusivement à la face d'extension des extrémités supérieures, aux cuisses et aux jambes, spécialement aux faces latéro-externe et antéro-latérale. Les éléments, en nombre restreint, sont ou disséminés ou réunis par groupes et non confluents.

A l'entrée du malade à l'hôpital, il ne paraissait pas y avoir eu des phases sensiblement diverses de l'éruption, si bien qu'on pouvait croire que presque toute l'éruption s'était produite à peu près à la même époque, en une poussée unique. Mais dans la suite, nous avons vu surgir des éléments nouveaux et alors nous avons pu constater la précocité de formation de l'éperon corné folliculaire, contemporain de la manifestation de l'élevure papuleuse.

Signalons encore que nous n'avons pas noté un état général d'accentuation des saillies folliculaires, ni sous forme de chair de poule permanente, ni de kératose pilaire, ni de (cacotrophie) dystrophie des follicules, mais seulement des follicules çà et là isolés, ou par placards plus visibles, et acuminés, comme pour une manifestation initiale avortée des élevures papuleuses susdites.

On n'eut à enregistrer aucune altération, ni du côté du cœur, ni des organes respiratoires ou abdominaux.

Examen de l'urine : Ni albumine, ni sang. On n'observe dans le dépôt ni éléments rénaux, ni cylindres.

Examen des fèces : Weber faiblement positif.

Examen hémo-chromo-citro-métrique :

Hématies	3.500.000
Leucocytes	7 000
Hémoglobine.	50
Valeur globulaire	0,70

Formule leucocytaire :

Granulocytes neutrophiles . .	61 o/o
Granulocytes éosinophiles . .	2 o/o
Granulocytes basophiles. . .	1 o/o
Lymphocytes	21 o/o
Mononucléaires	15 o/o

Il n'y a pas d'altération des éléments de la série rouge, ni de signe de réaction médullaire. Mononucléose relative, pas de polynucléose.

Résistance globulaire : maximum = 0,32 ;
— — minimum = 0,44.

Temps d'hémorragie : 4 m. 1/2.

Temps de coagulation : début à 6 minutes ; fin à 18 minutes.

Rétraction du coagulum : normale.

Épreuve du lacet : positive.

Réactions de Wassermann, Hecht, Meinicke (M. T. R.) : négatives.

Pression au Vaquez-Laubry : maximum, 115; minimum, 85.

Cutiréaction à la tuberculine : faiblement positive.

Signe de Jacquet-Trémolières : positif.

Biopsie. — Par une biopsie que nous avons faite à la fin de la première semaine de séjour à la Clinique, nous avons prélevé, à la face externe de la cuisse gauche, un petit bout de peau renfermant trois éléments papuleux hémorragiques contigus.

Examen histologique. — L'élevure cliniquement appréciable, à siège nettement folliculaire, est constituée par une augmentation de l'épaisseur de la couche malpighienne et par une hyperkératose à son sommet ; hyperkératose qui se prolonge et intéresse même l'orifice folliculaire, où elle présente l'aspect d'une masse cornée plus tenace. Les follicules du reste apparaissent atrophiés, et autour d'eux, dans le derme, il y a de légers signes d'infiltration peu abondante, comme une légère périfolliculite à cellules lymphohystiocytaires. Les glandes sébacées paraissent assez peu développées, comme atrophiées ; par contre, le muscle érecteur du poil est développé. Dans le derme, au siège de la papule, il n'y a pas d'hémorragie visible, mais la réaction au ferrocyanure de potassium y est positive. Il existe encore des lésions vasculaires, notamment dans les vaisseaux, autour des follicules présentant des lésions d'endoartérite évidente.

Traitement et marche de l'affection. — On institua, dès le début, un traitement consistant, d'une part, en injections réitérées d'extrait médullaire surrénal, et d'autre part, en ingestions de vitamine C. administrée dans le jus de quatre citrons par jour.

Sous l'influence de ce traitement, l'état général du malade, très compromis, va s'améliorant rapidement ; la gingivite fongoso-nécrotique est réduite finalement à disparaître ; la couleur bronzée, à son tour, cède promptement, et les troubles hémorragiques, ecchymotiques et pétéchiaux, ne se renouvellent plus. L'épreuve du lacet est, il est vrai, demeurée longtemps positive, ce qui nous a conduit à prolonger le traitement.

La régression progressive de l'éruption papuleuse folliculaire a entraîné une rapide amélioration de l'état général, l'arrêt de l'apparition de nouveaux éléments et l'effacement des anciens, qui se sont éteints et abaissés, en laissant, pourtant, pendant quelque temps, la petite hyperkératose et ensuite la pigmentation intense.

*
* *

Quelques considérations sur ce cas :

Au point de vue du diagnostic, il s'agit sans doute d'un cas de « scorbut sporadique » dans lequel le syndrome hyposurrénal — attesté par la coloration assez foncée de la peau, par le signe de Jacquet-Trémolières, par la profonde asthénie musculaire continue et l'affaiblissement psychique, et par l'hypotension — a ajouté au tableau un aspect particulier.

Qu'il s'agisse bien ici de scorbut, cela est attesté par les habitudes d'alimentation du malade, par la gingivite fongueuse et par les ecchymoses et le purpura à type pétéchial de la peau, et confirmé par la régression rapide des symptômes à la suite de l'administration de vitamine C.

La contemporanéité d'un syndrome surrénal évident n'est pas pour contredire ce diagnostic ; elle, s'accorde, au contraire, avec lui, parce qu'il semble désormais certain qu'il y a des vitamines qui prennent part, au moins, à l'équilibre harmonique ; que la carence du facteur C. détermine de profondes altérations des surrénales avec une augmentation de leur volume, des faits de dégénérescence et des hémorragies abondantes (Rondoni et Montagnini (1), Mac

(1) *Lo Sperimentale*, LXIX, 1915, fasc. 4.

Carrison (1)) ; qu'au contraire, l'administration d'adrénaline mitige ou empêche le syndrome scorbutique chez les cobayes nourris de maïs sec, et que, peut-être, certaines vitamines doivent être considérées comme pré-hormones.

Il n'est pas possible, par contre, de penser que le tout puisse se rapporter à une lésion des surrénales, ne fût-ce que pour la rapidité avec laquelle tous les phénomènes scorbutiques et hypo-surrénaux ont disparu par l'effet de l'administration de la vitamine C ; cela s'accorderait mal avec l'hypothèse d'une lésion anatomique des surrénales. Mais nous pouvons admettre comme hypothèse que, dans la carence de la vitamine C, la fonction surrénale soit atteinte plus rapidement et plus intensément que d'ordinaire, à cause d'une tare antérieure de cet organe, ou de ce terrain tuberculeux où le tout se développe et s'exalte encore pendant l'avitaminose, ainsi qu'on le voit dans toutes les infections et que divers auteurs l'ont démontré expérimentalement.

A quel type attribuer la dermatose folliculaire éruptive qui surtout nous intéresse ? Si nous voulons à ce sujet éviter la théorie et la scolastique, étant donné le type décrit, nous ne pouvons établir aucun diagnostic différentiel avec les dermatoses communes, surtout à cause du monomorphisme, du siège électif folliculaire et de l'absence de faits suppuratifs, donc aucune discussion avec les folliculites staphylococciques, les pustules acnéiques, etc. Pour ce qui est du *lichen ruber*, il y manque, dans toutes ses variétés, les étapes diverses et l'évolution. Quant à la syphilis, les données locales ni générales n'y correspondent : dans notre cas spécial, il ne saurait pas même être question de kératose pilaire, qui est régionale et existe dans tous les follicules des régions symétriquement affectées, et les élevures n'y sont pas aussi manifestes ni aussi répandues. Le *pityriasis rubra* pilaire en diffère par son étendue, son siège et son aspect.

A la vérité, l'unique discussion possible à ce sujet ne pourrait porter que sur quelque variété ou type de tuberculide et plus précisément sur le type papulo-nécrotique de la variété, « folliclis » (de Barthélemy) de l'ancienne nomenclature, ou bien sur l'acné des cachectiques de Hébra.

Mais, en fait, ni la coloration, ni la grandeur, ni l'évolution,

(1) *British Medical Journal*, 1919.

ni le décours de l'affection ne militent en faveur de la tuberculide. Il y manque la facile transformation du follicule papuleux en follicule papulo-pustuleux, la teinte rosée, le décours lent, à terminaison cicatricielle et nécrotique. De plus, la guérison rapide de notre malade, coïncidant avec celle du scorbut, exclut encore les tuberculides ; enfin l'examen histologique — sans parler de la négativité des inoculations expérimentales et des recherches bactériologiques — exclut définitivement l'hypothèse tuberculeuse.

Il s'agit donc ici simplement, morphologiquement, d'une folliculite papulo-kératosique, qu'il y a lieu de rattacher au syndrome scorbutique principal, c'est-à-dire, de la forme folliculaire décrite par Nicolau en 1919, comme accompagnant ou précédant le scorbut. Nous n'en donnerons pas ici un résumé, parce que notre cas peut en donner une idée suffisante et surtout parce que le travail original de Nicolau, ainsi que celui de son élève Theodorescou, peuvent être consultés facilement. Nicolau donne encore de la valeur pratique au tableau qu'il décrit parce qu'il l'a vu précéder les symptômes caractéristiques du scorbut. Nous ne saurions dire si ce fait s'est produit dans notre cas, car le malade s'est présenté, à son arrivée, avec des symptômes folliculaires joints aux symptômes classiques hémorragico-ulcératifs du scorbut.

Il y a deux faits à relever dans notre cas :

1° Que l'hémorragie, que Nicolau avait déjà constatée histologiquement dans certains éléments, est, dans notre cas, cliniquement appréciable sous la forme de petites pétéchies qui, bien que présentes encore ailleurs, sont électivement localisées et accompagnent la petite papule folliculaire.

2° Qu'un examen approfondi de l'état des vaisseaux, surtout des plus gros et plus profonds, a révélé des altérations sensibles des artères et des veines, intéressant toute la paroi, principalement dans l'intima. Il n'est pas question de ces lésions dans Nicolau. Nous pouvons pour cela les considérer comme propres au processus purpurique qui accompagna le scorbut et les lésions folliculaires dans notre cas.

*
* *

Le diagnostic ainsi posé, nous ne pouvons que confirmer, par notre cas, les observations de Nicolau.

Nous ne bornerons pas là nos considérations, et nous ne pouvons nous dispenser de rapprocher encore notre cas de ceux que l'un de nous (Tommasi) a déjà décrits en 1921, sous la dénomination de « diabétides à type papulo-nécrotique » (1).

Dans son travail, Tommasi décrit deux cas de femmes âgées, diabétiques, présentant aux extrémités inférieures des folliculites kérato-papuleuses à peine purulentes, à bouchon hyperkératosique endofolliculaire détaché, se terminant en cicatrice atrophique pigmentée. Les épreuves de laboratoire, la marche de la maladie, la régression consécutive au traitement du diabète, et surtout l'examen histologique, nous ont fait distinguer cette forme des tuberculides, et lui donner une place à part comme type spécial de « diabétide », non encore décrit jusqu'alors.

Meineri confirme, dans la suite, l'existence de cette dermatose spéciale, en en décrivant quelques cas sous le titre de « diabétide papulo-nécrotique de Tommasi » (2).

Or, qui lit la description qu'en donne Tommasi et regarde bien les planches reproduisant l'aspect clinique de la dermatose, et plus encore celle qui en présente le tableau histologique, ne peut ne pas trouver les plus grandes ressemblances cliniques et l'identité histologique avec les folliculites de Nicolau. La seule chose qui pourra sembler différer, c'est l'issue à type cicatriciel atrophique, pigmentaire, qui, dans les cas de Tommasi, a donné lieu à la qualification de forme papulo-nécrotique ; mais dans la forme de Nicolau, il est aussi question de résidu de taches fortement pigmenté, noirâtre et très résistant, et Theodorescou parle, dans son cas, simplement de « cicatrices rondes, légèrement déprimées », qui témoignent d'un processus destructif.

Nous ne pouvons, d'autre part, oublier que l'un de nous (Maccari) a récemment décrit (3) un cas de purpura, maladie voisine du scorbut sous certains rapports, accompagné d'une éruption papulo-folliculaire très caractéristique et cliniquement analogue aux tuberculides papulo-nécrotiques.

L'étude de ce cas et surtout les données histologiques le séparent cependant autant des tuberculides classiques (absence des infiltra-

(1) *Gior. ital. d. mal. vener. e d. pelle.* 1921, fasc. V.
(2) *Archivio ital. di dermatol., sifilol. e. venereol.*, t. III, 1928, fasc. IV.
(3) *Archivio ital. di dermatol., sifilol. e venereol.*, t. V, 1930, fasc. IV.

tions spécifiques classiques et des cellules géantes), que des cas de Nicolau (scorbutides) et de Tommasi (diabétides). C'est-à-dire qu'il manque dans le cas de Maccari la kératose folliculaire avec son classique bouchon corné, que l'on retrouve comme fait essentiel dans les cas de scorbutides et de diabétides ; et l'infiltration sous-papillaire et surtout périvasculaire, périfolliculaire, autour des glandes et aux conduits excréteurs, est bien plus accentuée et présente une prépondérance lymphohistiocytaire.

En d'autres termes, le cas déjà cité de Maccari tient le milieu entre les tuberculides vraies et propres, et les folliculites kératopapuleuses, dont il est question dans cet article.

Il tient le milieu, disons-nous, mais nous ne savons pas si nous devons considérer cette situation comme une séparation ou comme un pont de passage.

Nous ne pouvons non plus oublier que, d'une part, le terrain tuberculeux rend plus labile le follicule pileux, parce qu'il y facilite la localisation de toutes les intoxications ou de n'importe quelle infection (par ex. de la syphilis), et, d'un autre côté, que le purpura et peut-être aussi le diabète et le scorbut trouvent dans le terrain tuberculeux un bon champ qui en facilite l'établissement et les manifestations cliniques.

Par là, nous voulons dire que, peut-être, dans les cas de scorbut et de diabète qui se développent sur un terrain tuberculeux, ces lésions folliculaires — non tuberculeuses — se présentent de préférence. Dans le cas que nous venons de décrire, le terrain tuberculeux était manifeste.

*
* *

Nous ne pouvons terminer cet article sans faire allusion à certaines données de pathogénie qui nous paraissent être, peut-être, à la base de la ressemblance des folliculites provenant de maladies aussi diverses que le scorbut et le diabète.

Les points qu'elles ont en commun sont les suivants : ce sont des maladies cachectisantes, de marasme ; des maladies qui, toutes deux, déterminent, par voies diverses, une sécheresse toute particulière de la peau. Sécheresse qui trouve une documentation dans le fait anatomo-pathologique mis en évidence par Nicolau et que

nous-mêmes, nous avons pu observer : l'atrophie des glandes sudoripares et surtout des glandes sébacées.

Ceci détermine probablement l'hyperkératose de l'orifice folliculaire et le bouchon corné qui, d'après Nicolau, est la première manifestation et qui, à la façon d'un corps étranger, provoque une réaction inflammatoire périfolliculaire.

C'est là un caractère pathogénique commun, ou un caractère d'association, peut être une étape commune d'un processus qui a des origines diverses ; à ce caractère s'opposent les caractères différentiels statiques et évolutifs, lesquels pourront être plus ou moins prononcés, dans les différentes phases et les différents cas, suivant leur étiologie si diverse. Il reste, toutefois, que cette donnée commune met les diabétides folliculaires de Tommasi et les scorbutides de Nicolau, les unes et les autres sur un rang à part et les distingue de tout autre type morphologiquement analogue.

Il pourra être utile de poursuivre ces études d'association et de différenciation, et il serait à souhaiter qu'elles fassent l'objet d'autres travaux.

ÉTUDE D'UN CAS DE LEUCÉMIE CUTANÉE DE FORME MIXTE AVEC GÉNÉRALISATION SECONDAIRE ET SYNDROME LEUCÉMIQUE AIGU TERMINAL

Par MM.

J. PAYENNEVILLE
Médecin Chef du Service de
Dermato-Vénéréologie des Hôpitaux

et

F. CAILLIAU
Chef du laboratoire d'Anatomie
pathologique des Hôpitaux

de Rouen.

Si les remarquables travaux de Dominici et de ses élèves ont précisé tant en France qu'à l'étranger, la notion du tissu hémato-poïétique, le problème des lésions de ce système et en particulier celui des leucémies n'est pas encore résolu.

Les recherches contemporaines en étudiant les tissus non plus à l'état statique, mais à l'état dynamique, en utilisant la méthode expérimentale, les colorations vitales, et les données de l'histo-physiologie pathologique, ont montré qu'il existe un système tissulaire désigné sous le nom de système histiocytaire d'Aschoff ou tissu réticulo-endothélial, doué de fonctions hémopoïétiques, phagocytaires, nutritives et sécrétoires, et signalé la potentialité multiple du système, qui offre dans son ensemble un caractère remarquable d'unité fonctionnelle biologique.

En regard des hématopoïèses dévolues au système adénoïde, ces recherches ont mis en évidence l'existence d'hématopoïèses accessoires, tissulaires, régionales, et l'authenticité de ce que Dominici appelait le tissu ubiquitaire, partout présent, quiescent chez l'adulte, mais apte à récupérer ses fonctions à l'état pathologique.

L'observation que nous apportons conforme dans son ensemble aux conceptions de l'école française, élargit donc le cadre des héma-

topoïèses en général et apporte une contribution à l'étude et à l'interprétation des processus leucémiques.



Fig. 1. — *Eruption cutanée.* — La photographie montre le caractère mamelonné des élevures qui offraient une teinte rouge violacé et dont les bords étaient mal délimités. Ces éléments paraissent souvent confluents.

Le malade vu pour la première fois le 8 novembre 1929 est porteur d'une éruption s'étendant sur tout le tronc, la paroi abdominale et les cuisses ; on observe quelques éléments erratiques à la face.

L'éruption est constituée d'élevures rouge violacé et mal délimitées qui mamelonnent la peau, infiltrent le tégument, sont résistantes au toucher et ne s'accompagnent ni de douleur ni de prurit. Leur apparition remonte à un mois et demi.



Fig. 2. — Sur la face postérieure du thorax l'éruption cutanée est constituée d'éléments plus volumineux ; la confluence des nodules élémentaires détermine de petites néoplasies nettement saillantes, notamment le long de la colonne vertébrale, dans les régions scapulaires droite et cervicale.

Le palper révèle l'existence d'adénopathies, les unes cervicales, petites, les autres axillaires et génito-crurales, plus importantes.

Il y a trois mois le malade vit apparaître, sans malaises préalables, des ganglions cervicaux bilatéraux et le docteur Parel put constater l'hypertrophie des deux amygdales amenant une gêne de la respiration. L'oppression était accentuée par la marche et l'effort, la voix couverte et bitonale.

On envisage l'éventualité d'une lymphogranulomatose de Schaumann.

Un petit ganglion est prélevé dans la région sous-claviculaire, et un élément éruptif du thorax est biopsié.

L'examen histologique du ganglion ne révèle qu'un état inflammatoire et hyperplasique avec augmentation des mononucléaires correspondant à la teneur du sang. Aucune lésion de tuberculose folliculaire typique.

L'élément cutané montre le remaniement du derme en un tissu réticulé constituant des lymphomes disséminés riches en petits, moyens et grands mononucléaires et en monocytes granuleux agglomérés autour des vaisseaux et des glandes.

Rien ne permet de soupçonner une lymphogranulomatose de Paltauff-Sternberg.

Un cobaye inoculé n'a pas réagi.

Le 22 novembre 1929 le malade consulte à nouveau : il est fiévreux, a perdu l'appétit, le sommeil, souffre d'oppression croissante. Il est examiné par le docteur Samson au point de vue pulmonaire et médiastinal.

L'auscultation révèle une respiration diminuée au sommet droit, augmentant progressivement du sommet à la base où elle est soufflante.

L'expiration est soufflante dans la fosse sus-épineuse droite ; dans l'espare inter-scapulo-vertébral souffle inspiratoire, broncho-œsophonie. Dans l'aisselle, silence respiratoire ; à la base droite souffle à timbre pleurétique, œsophonie. Pectoriloquie aphone sur toute la hauteur du poumon droit, en arrière.

La percussion révèle une matité de la base droite et de l'espace inter-scapulo-vertébral ; la sonorité persiste dans la partie externe de la fosse sous-épineuse et dans l'aisselle.

Du côté gauche, la respiration très diminuée vers la base, abolie même à l'extrême base. Pas d'œgophonie, mais pectoriloquie aphone au tiers moyen du poumon gauche.

La percussion montre une submatité du sommet, une matité de l'espace interscapulo-vertébral. La fosse sous-épineuse est sonore, l'extrême base accuse de la submatité.

Des deux côtés, les vibrations sont très diminuées en arrière.

Le foie paraît abaissé de deux travers de doigt (avant la ponction).

Un examen radioscopique est pratiqué en présence du docteur Samson par le docteur Decoulare Delafontaine.

Il révèle une tuméfaction grosse comme une tête d'enfant située dans la région hilaire, remontant presque jusqu'aux clavicules et s'étendant vers les scissures pulmonaires.

Les contours de l'aorte et de la base du cœur sont indistincts. Les culs-

de-sac pulmonaires s'éclairent mal surtout à droite où l'examen clinique a révélé un épanchement.

Les sommets n'accusent aucune lésion bacillaire.

Un examen de sang pratiqué dans le service le 19 novembre avait montré une augmentation énorme des globules blancs (24.600) portant surtout sur les lymphocytes et les monocytes.

Le malade est hospitalisé et soumis au traitement radiothérapique de la région hilaire.

La température est élevée, le pouls rapide dépasse 120.

Le docteur Samson pratique une ponction et retire un liquide hémorragique sans modifier la matité (25 novembre).

L'ensemble de ces symptômes évoque surtout la maladie de Paltauff-Sternberg.

Les lésions cutanées ont diminué notablement, la teinte violacée a disparu, mais l'infiltration du tégument persiste.

Le 27 novembre le malade est soumis à nouveau à la radiothérapie ; sa fatigue est grande, il a des épistaxis abondantes. La température reste élevée, le pouls bat à 120.

Une numération globulaire indique les chiffres de 2 millions et demi de globules rouges par millimètre cube et de 100.000 globules blancs. Le pourcentage donnent : cellules souches 11 o/o ; myélocytes o ; polynucléaires neutrophiles 21 o/o ; basophiles o ; éosinophiles 2 ; lymphocytes 39 ; grands et moyens mononucléaires 4 ; monocytes 23 o/o.

Les urines sont troubles, et légèrement fluorescentes, elles atteignent 2 litres par 24 heures, ne renferment ni sucre, ni albumine, et sont riches en cristaux de cystine.

L'examen cytologique du liquide pleural a montré une mononucléose très accentuée, accompagnée de monocytose Le culot de centrifugation coupé en série donne les mêmes résultats à l'examen.

Absence de microbes et de bacilles acido-résistants, un cobaye est inoculé sans résultat.

Le 29 novembre 1929 les lésions cutanées ont peu à peu disparu, l'oppression est moindre, la température reste fébrile, le pouls à 120.

On pratique une intradermo-réaction à la tuberculine au 2/1000 (trois gouttes). Le résultat est négatif.

Le malade est soumis à nouveau à la radiothérapie.

La température s'est élevée ; la langue est sèche, le pouls rapide, les urines abondantes ; on note des douleurs vagues dans les membres, de la dyspnée.

On soutient le cœur par des injections de spartéine.

Le 30 novembre on note une légère sédation des symptômes, sauf de la dyspnée (30 respirations à la minute) et des épistaxis.

Un nouvel examen de M. le docteur Samson révèle à droite et en arrière une matité qui remonte à un travers de doigt au-dessus de la pointe de l'amygdale ; à gauche une matité du triangle de Grocco.

Une nouvelle ponction évacuatrice donne 775 centimètres cubes d'un liquide nettement hémorragique et amène les jours suivants une sédation de la dyspnée. De légères épistaxis persistent.

Le 3 décembre l'examen radioscopique montre la disparition complète de la masse médiastinale.

La numération globulaire indique 500.000 globules blancs ; le pourcentage révèle les chiffres suivants : cellules-souches 31 o/o ; myélocytes o ; polynucléaires neutrophiles 15 o/o ; éosinophiles 1 ; lymphocytes 17 ; monocytes 33 o/o, grands et moyens monos 3 o/o.

Un ganglion inguinal est biopsié (voir plus loin l'examen histologique).

Les 6, 7, 8 décembre l'état s'aggrave à nouveau.

Des sudamina apparaissent sur le tronc.

Pourtant les ganglions inguinaux et axillaires ont sensiblement diminué ; la rate accuse les mêmes dimensions, le foie déborde de 4 travers de doigt les fausses côtes.

Les derniers examens hématologiques accusent les chiffres suivants : globules rouges : 2 millions par millimètre cube ; globules blancs : 120.000. Le pourcentage indique : cellules souches 46 o/o ; myélocytes : o ; polynucléaires neutrophiles : 11 o/o ; lymphocytes ; 12 o/o ; grands mononucléaires : 1 o/o ; monocytes : 30 o/o.

On note une asthénie plus marquée, un pouls dépressible, des hémorragies gingivales, un hématome scrotal.

Une ponction retire 620 grammes de liquide hémorragique. Une diarrhée profuse s'est installée.

Les masses ganglionnaires partiellement résorbées sont restées stationnaires.

Les jours suivants on observe de la prostration ; le malade a le teint pâle, décoloré, les gencives fuligineuses hémorragiques et en voie de sphacèle. Il succombe le 17 décembre en asphyxie.

A *la nécropsie* on observe sur tout le corps des éruptions cutanées apparues pendant l'agonie, semblables à celles qui avaient été observées au début du processus.

L'ouverture du thorax donne issue dans la plèvre droite à un liquide fortement hémorragique, peu abondant à gauche où la séreuse est libre et lisse, sauf au niveau de la scissure inférieure ; l'épanchement est évalué à 2 litres environ dans la plèvre droite et celle-ci très épaissie entoure e poumon d'une coque ferme et adhérente.

Les deux feuillets sont symphysés vers la base droite. Le poumon gauche est couvert de suffusions hémorragiques sous-pleurales en nappes diffuses. Au niveau du lobe inférieur il apparaît semé de nodules blanchâtres à peine saillants, très légèrement indurés. L'incision montre ces nodules entourés d'œdème limité, offrant une teinte gris-blanc ; ils ont des limites indécises et sont entourés de parenchyme normal.

Le poumon droit comprimé par l'épanchement et entouré par la coque

pleurale, accuse de faibles dimensions ; à la coupe il est dense, privé d'air, atélectasié. On distingue dans l'épaisseur des feuillets pleuraux, des suffusions hémorragiques et des lymphomes répartis en placards blanchâtres.

On rencontre peu de ganglions dans le médiastin ; ceux que l'on observe sont blancs ou anthracosiques

Le cœur offre un volume normal ; sous le feuillet viscéral du péricarde on note des foyers hémorragiques de dimensions variables, tantôt microscopiques, miliaires, ou atteignant les dimensions d'une tête d'épingle ; d'autres foyers forment des piquetés hémorragiques en placards.

A l'ouverture du ventricule gauche, on constate une suffusion hémorragique sur le pilier antérieur de la mitrale. Le ventricule droit est plus pâle dans son ensemble et les sections ne montrent pas de lésions appréciables dans son épaisseur.

Le foie est énorme, son poids atteint 2 kg. 750. Il est clouté à sa surface, pâle et parsemé de taches purpuriques sous-capsulaires. Il est dur à la coupe et paraît cirrhosé surtout au niveau du lobe gauche ; il est ponctué de suffusions hémorragiques dans son épaisseur. Des placards blanchâtres et diffus s'observent à sa surface et à la section du parenchyme.

Le pancréas n'offre aucun caractère spécial.

La rate est énorme ; elle atteint 23 centimètres dans son grand axe et pèse 770 grammes.

Des taches purpuriques nombreuses ponctuent la capsule soulevée par elles, et offrent un aspect granité spécial. Par place sont des placards blanchâtres, légèrement surélevés, à limites indécises, peu indurés et peu envahissants en profondeur.

Les reins sont pâles et accusent 300 grammes à droite et 280 grammes à gauche. Ils sont bosselés à leur surface par des nodules blanchâtres et couverts de petites hémorragies sous-capsulaires. A la coupe ces nodules sont indurés, leur aspect est lardacé, leurs limites peu nettes, leur teinte progressivement dégradée se confond insensiblement avec celle du parenchyme sain.

Le rein gauche est plus lésé que le droit et la face antérieure des deux glandes plus pâle et plus infiltrée que la face postérieure.

L'estomac et le tractus intestinal paraissent indemnes. On note des hémorragies diffuses sur le péritoine pariétal.

Les ganglions mésentériques et périappendiculaires sont hyperplasiés et blanchâtres.

L'appendice est normal.

L'examen histologique du *tégument* montre un épiderme peu modifié où le tissu collagène et le tissu élastique ont disparu, où la graisse du panni cule adipeux s'est raréfiée. Seuls persistent l'épithélium, les vaisseaux, les glandes, les muscles pilaires, et ces différents systèmes tissulaires sont réunis les uns aux autres par un réseau de cellules fixes anastomotiques à l'édification duquel concourent des cellules rameuses périvascu-

laires, des cellules étoilées rattachées à la basale épidermique, à la vitrée des appareils pilobacés et sudoripares. Les fibrilles sont d'une grande finesse ; elles ne sont ni onduleuses ni réfringentes, parfois elles paraissent légèrement moniliformes. Aux points nodaux de cette trame réticulée sont des cellules qui ne sont pas superposées aux fibrilles, mais paraissent incorporées dans leur épaisseur ; elles possèdent un noyau

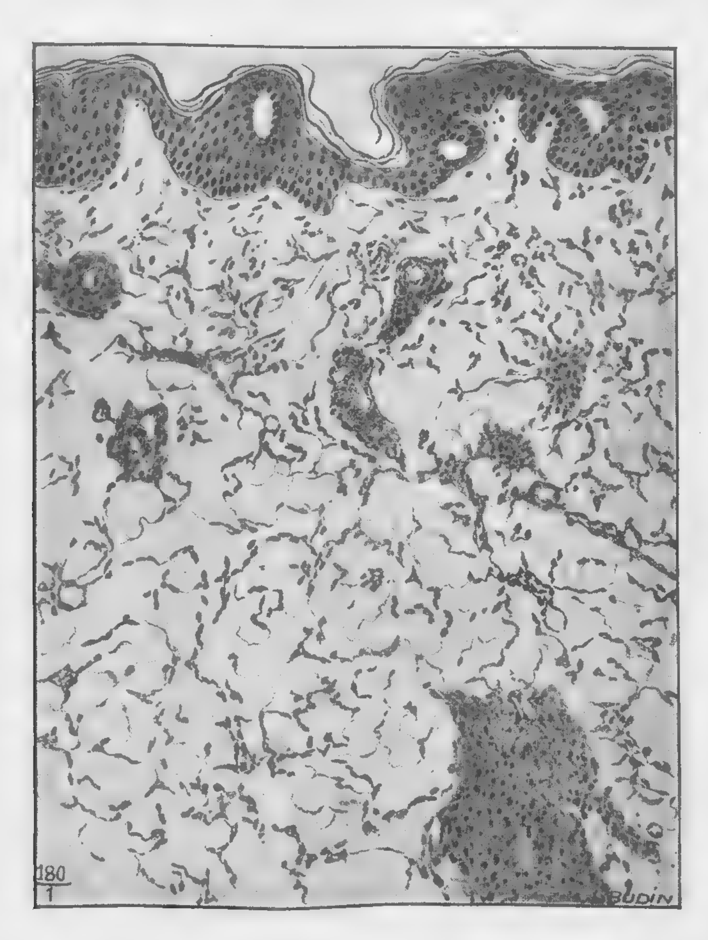


Fig. 3. — *Prélèvement d'un nodule cutané.* — La lésion peu évoluée montre : 1° la réticulation des zones superficielles et moyennes du derme ; 2° les libérations de cellules au niveau du réseau ; 3° la transformation adénoïde progressive du tissu conjonctivo-vasculaire, et l'ébauche de l'hématopoïèse réticulo-endothéliale locale. Autour des vaisseaux dermiques sont élaborés des centres d'hématopoïèse d'importance variable. En dehors de ces centres dont la confluence édifie progressivement les nodules lymphomateux, le réticulum est encore vide, en grande partie, d'éléments lymphoïdes.

basophile arrondi ou ovale, parfois énorme, bourgeonnant : le corps cellulaire est anguleux, à contours curvilignes (fig. 3).

Dans les mailles du réseau, surtout au pourtour des vaisseaux et des glandes, autour des muscles pilaires, sont accumulées des cellules mobiles (mononucléaires, monocytes, rares mastzellen) ; on remarque parmi ces cellules des éléments pâles, plus volumineux, à protoplasme basophile non granuleux, à gros noyaux pauvres en chromatine, vésiculeux, offrant l'aspect des cellules souches primordiales.

Ces cellules forment des amas nodulaires, de petit lymphomes mal circonscrits et tendent à la confluence en suivant les capillaires régionaux ; ceux-ci sont très médiocrement pourvus dans leur lumière d'éléments lymphatiques et la seule diapédèse ne peut expliquer l'accumulation extravasculaire énorme de ces cellules.

Si l'on suit la genèse des cellules infiltrées, on peut voir la cellule réticulaire s'arrondir perdre ses filaments, se mobiliser prendre l'aspect d'une cellule-souche comparable à celle des centres germinatifs. De véritables centres d'hématopoièses analogues à ceux du ganglion peuvent être distingués dans le tégument et à leur pourtour sont élaborés les éléments du lymphome.

Au niveau du pannicule adipeux on constate la résorption de la graisse et parfois l'élaboration d'une trame réticulée.

Les lymphomes cutanés semblent naître *in situ* et résulter d'une hématopoïèse réticulo-endothéliale, comme le prouve la nature de cette trame réticulée. Les fibrilles qui la constituent n'appartiennent pas en effet au groupe des substances dites collagènes; elles diffèrent des fibrailles conjonctives et élastiques, elles sont identifiables aux fibres grillagées d'Oppel ou Gittenfasern et sont mises en évidence par le chlorure d'or et les chromates d'argent. Elles sont analogues aux fibres conjonctives embryonnaires et aux fibres réticulées du tissu adénoïde. Ce tissu réticulé présente donc tous les caractères du système histiocytaire d'Aschoff

Si l'on compare le tégument des mammifères traités par la méthode des colorations vitales à celui du sujet ici étudié, on constate que le processus leucémique a intensifié, dans ce cas particulier, l'architecture anatomique du système réticulé d'Aschoff dessiné imparfaitement par la coloration vitale, intensifié et vigoureusement accusé dans les lymphomes.

En outre le système, inactif et quiescent chez l'animal, est, chez le leucémique, en suractivité fonctionnelle, et élabore des cellules sanguines en abondance, comme chez l'embryon. On peut donc dire que le tégument a récupéré ses fonctions embryonnaires et fœtales et que les lymphomes observés ont une origine autochtone, se développent *in situ*, par élaboration locale de cellules blanches et non par l'accumulation de cellules importées.

Notons encore l'état inflammatoire et l'exsudat fibrineux dans le tissu dermique.

Ainsi au cours du processus leucémique, le système histiocytaire d'Aschoff prend, dans la peau, la signification d'un tissu hématopoïétique spécialisé autour des vaisseaux dermiques, dans le tissu conjonctif banal, comme nous allons le voir évoluer suivant le même mode dans les viscères que nous avons étudiés.

Le poumon montre des lésions étendues d'œdème pulmonaire.

On distingue par place de petits lymphomes assez nettement localisés, plus souvent diffus.

L'aspect jeune de ces lymphomes en évolution nous permet d'étudier leur histogénèse. Souvent la cavité alvéolaire est remplie de sérosité œdémateuse; là où cette exsudation manque le développement du lymphome est plus distinct encore.

Les cellules lymphoïdes (mononucléaires et monocytes) limitent directement la lumière alvéolaire ; parfois c'est le capillaire lui-même qui la limite, très pauvrement pourvu de cellules lymphoïdes ; il est bien rare qu'on y rencontre la petite cellule granuleuse nucléée dite cellule endothéliale. Rarement quelques cellules en raquette sont détachées dans le liquide d'œdème.

Si l'on recherche les petites cellules granuleuses nucléées en bordure, on les rencontre modifiées et disséminées au sein de l'infiltrat périalvéolaire et intraalvéolaire, souvent en mitose ou en division directe, offrant un aspect très spécial ; elles ont perdu l'aspect de cellules fixes, sont arrondies, pâles, à noyau volumineux et clair, très distinctes des lymphocytes et monocytes voisins.

Ces cellules sont-elles le résultat de la transformation des petites cellules granuleuses du poumon décrites comme cellules de revêtement alvéolaire ?

La question des lymphomes pulmonaires soulève de ce fait le problème de la nature du revêtement de l'alvéole pulmonaire.

Considérées comme des cellules épithéliales ou endothéliales ces cellules de revêtement alvéolaire sont à l'heure actuelle, très discutées.

Pour certains auteurs les capillaires baignent directement dans l'air alvéolaire et l'épithélium ferait défaut, fait qui serait, comme le dit Coutière, le premier exemple d'un tissu mésodermique entaant en contact avec l'extérieur.

L'épithélium alvéolaire nitratable existe-t-il ?

D'une part pour Policard, O Gawa, Bratianio et Llombart, aucun épithélium, aucun endothélium ne recouvre le capillaire alvéolaire qui est *à nu* dans la cavité de l'alvéole ; les cellules épithéliales s'arrêtent au vestibule.

Les travaux publiés sur les cellules dites « à poussières » nous enseignent qu'elles proviendraient soit de l'endothélium du capillaire ou d'une cellule leucocytaire en diapédèse, ou d'une cellule histocytaire née du système d'Aschoff ou enfin de cette cellule alvéolaire épithéliale dont l'existence est mise en doute.

Policard tranche la question en identifiant la cellule à poussière aux histiocytes : c'est la cellule septale d'Aschoff ou monocyte. Comme celui-ci elle peut, et certaines préparations nous l'ont montré, former réticulum anastomotique et prendre l'aspect endothélial.

Le chondriome de cet élément, dépourvu de mitochondries, riche en graisses sudanophiles et en chondriocontes, est celui d'un histiocyte.

Le problème est des plus complexe et se heurte aux objections suivantes : d'une part une cellule épithéliale n'est jamais phagocytaire, et d'autre part, une cellule mésodermique n'entre jamais au contact de l'air extérieur.

Cependant l'hypothèse de Policard est conforme aux conclusions du travail de MM. Bratiano et Llombart qui considèrent le poumon comme un système réticulo-endothélial local, maintenant l'équilibre colloïdal de la petite circulation.

D'autre part, Guieysse-Pellissier décrit, dans le poumon normal, un tissu lymphoïde diffus indépendant de celui du hile, apparaissant sous l'aspect d'îlots cellulaires entre deux parois alvéolaires, en amas, ou nids de noyaux presque dépourvus de protoplasme (lymphocytes, lymphoblastes), mêlés d'éléments à noyaux monstrueux du type mégacaryocyte, formés sur place aux dépens des précédents et d'éléments rappelant le grand lymphocyte.

Ces cellules se divisent par mitose ou directement.

Elles révèlent l'activité d'un organe lymphoïde complet qui a pu être rencontré par l'auteur chez le cobaye.

On sait en outre, qu'il existe dans le poumon des foyers d'éosinophilie locale autochtone, par transformation (Coutière) *in situ* de polynucléaires neutrophiles, et enfin des foyers autochtones de polynucléaires neutrophiles.

Le poumon a donc des fonctions hématopoïétiques indiscutables et les lymphomes qui s'y rencontrent peuvent naître *in situ*.

Nous retiendrons de ces faits : 1° l'identification possible des fausses cellules endothéliales alvéolaires à l'histiocyte du système d'Aschoff et au monocyte ;

2° L'existence de foyers spéciaux de tissu lymphoïde décrits par Guieysse-Pellissier.

Ces notions expliquent l'une et l'autre la formation des lymphomes pulmonaires *in situ*.

Le cas ici étudié nous a donné des préparations plus favorables à l'hypothèse de Policard qu'à la conception de Guieysse-Pellissier et permettrait de considérer la petite cellule granuleuse non comme un épithélium ni comme un endothélium, mais comme un histiocyte du système d'Aschoff ; et nous connaissons le rôle important des histiocytes dans l'hématopoïèse réticulo-endothéliale.

Ces histiocytes sont doués d'une potentialité multiple, ils sont susceptibles d'exercer des fonctions phagocytaires (Borrel, Calmette), des fonc-

tions de rétention (colorations vitales), et ils seraient les agents actifs des éosinophilies locales si fréquentes dans les irritations par les injections de lipoïdes diphtériques ou d'extraits microbiens.

Dans le *myocarde*, l'aspect des lymphomes est très instructif. On sait que normalement les gros vaisseaux cheminent dans le tissu conjonctif des espaces interstitiels (graisse et fibrilles conjonctives). Le même tissu conjonctif forme des logettes périmusculaires et des logettes péricapillaires. Au point de rencontre des membranes qui constituent ces logettes sont des espaces dits fentes de Heulé, tapissés par un endothélium spécial.

La lymphe remplit ces espaces et les fentes de Heulé constituent les premières voies lymphatiques lacunaires du cœur. Le myocarde a donc pu être comparé par Ranvier à une vaste éponge lymphatique, puisque les éléments musculaires baignent dans la lymphe.

C'est au niveau de ces espaces que nous avons rencontré les lymphomes du myocarde. Au niveau de ces logettes la graisse est résorbée ; le collagène, l'élastine disparaissent.

La réticulation de l'espace, et l'élaboration de cellules sanguines aux dépens de l'endothélium donnent :

1° Des nodules circonscrits dans les lacunes ;

2° Des traînées longitudinales de cellules entre les logettes musculaires ;

3° Une métamorphose adénoïde du tissu adipeux ;

4° Des bandes adénoïdes sous-épicardiques.

Malgré le peu de notions que nous possédons sur le système histiocytaire du cœur il semble bien qu'ici encore il préside à l'élaboration locale des cellules blanches.

Dans les ganglions, comme dans la rate et le rein, les lésions sont celles des leucémies très évoluées et le processus initial ne peut être saisi.

L'aspect du ganglion apparaît homogène sous le microscope ; l'architecture normale est effacée et les follicules cordons et sinus sont disparus.

Dans le réticulum peu distinct, est répartie une nappe uniforme et diffuse de cellules répondant au type du petit lymphocyte à noyau foncé, ou d'éléments plus volumineux à noyau pâle identiques aux cellules-souches.

Des monocytes se distinguent des autres éléments par leur volume, l'aspect varié des noyaux, les granulations de leur membrane ondulante.

Les cellules endothéliales des sinus paraissent tuméfiées. La capsule du ganglion est épaissie ; souvent elle est clivée par des infiltrations lymphoïdes et une néocapsule s'est reconstituée en dehors de la première effondrée par l'hyperplasie cellulaire.

La *rate* montre au microscope l'aspect assez homogène d'une nappe diffuse de tissu lymphoïde sans aucun centre folliculaire. Les travées

fibreuses et les fibres de réticuline sont épaissies. Ce tissu homogène est constitué de lymphocytes typiques, de moyens mononucléaires, et, reconnaissables à leur volume, de monocytes chargés parfois de granulations; ces cellules prolifèrent, accusent des signes de maturation évolutive (pycnose, caryorhexis).

Les cellules souches, reconnaissables à leur noyau clair souvent caryocinétique, ne sont pas groupées en corpuscules mais dispersées dans le parenchyme.

On remarque l'absence d'éléments médullaires, myélocytes, globules rouges nucléés, polynucléaires.

La pulpe masquée par les éléments lymphoïdes proliférés semble disparue; on y découvre cependant des éléments clairs, des macrophages et globules rouges.

Les sinus sont revêtus d'endothélium tuméfié et sont encombrés de lymphocytes et de monocytes.

Le *foie* granuleux et induré, recouvert d'une capsule de Glisson épaisse, offrait à l'examen des caractères de cirrhose capitonnée à grosses travées irradiant de la capsule, avec développement des fibres de réticuline péritrabéculaires et périportales.

Nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses au sujet de cette cirrhose; elle prédomine à l'espace porte, atteint parfois la zone sus-hépatique et s'accompagne de rares néo-canalicules. Les artères et veines sont peu lésées.

Autour de l'espace porte, des vaisseaux portes surtout, sont des cellules étoilées anastomotiques qui constituent un syncytium réticulé dans les mailles duquel sont entassées des cellules blanches (monocytes, mononucléaires, lymphocytes). L'accumulation de ces éléments, dont l'aspect est typique, et dont le type est révélé par les colorants de Romanowsky, constitue des lymphomes, d'aspect diffus, et on assiste à l'élaboration des cellules sanguines au niveau d'un foyer d'hématopoïèse locale.

On connaît ces hématopoïèses aberrantes chez le fœtus où elles complètent celles de la moelle osseuse, de la rate, des ganglions chez le nouveau-né syphilitique, et dans certaines infections (variole, varicelle, etc.).

Il y a lieu de remarquer ici l'état inflammatoire concomitant, l'exsudation fibrineuse qui évoque un processus infectant.

Aussi bien la lésion n'a rien d'un cancer; il s'agit d'éléments typiques, formant des infiltrations qui refoulent le parenchyme hépatique sans le détruire, et n'offrent en rien l'aspect d'une métastase cancéreuse.

D'autres foyers lymphomateux s'observent en plein parenchyme et s'accompagnent de modifications considérables de l'espace péritrabéculaire normal.

Comme dans l'hématopoïèse fœtale, comme dans les foies de jeunes hérédo-syphilitiques, nous observons l'édification d'un réseau dû à

l'anastomose des prolongements et aux mitoses des éléments rameux, des cellules de Kupffer, cloisonnant d'une paroi à l'autre la lumière des sinusoïdes et provoquant la réticulation de l'espace périsinusoïdal.

Le capillaire sinusoïde ainsi transformé, est voué à l'hématopoïèse, et des cellules sanguines s'y différencient, en grand nombre; leur abondance laisse à peine distinguer, aux points nodaux du réseau, des cellules à noyau ovale ou arrondi, cellules réticulaires, qui représentent l'élément-souche des cellules blanches endothéliales ou périthéliales.

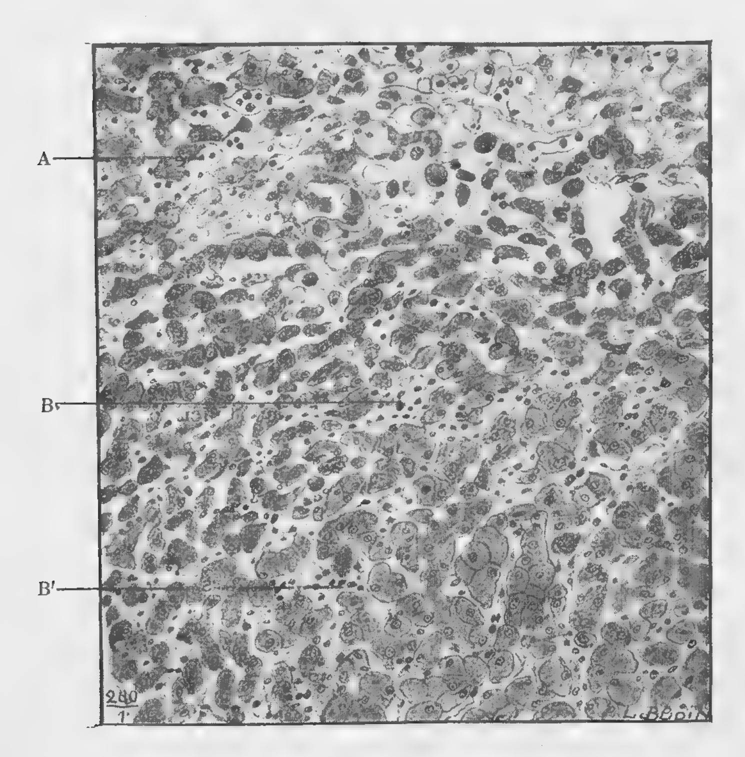


Fig. 4. — *Prélèvement hépatique.* — Hématopoïèse réticulo-endothéliale de l'espace péritrabéculaire au niveau de la zone moyenne du lobule dont on reconnaît la veine sus-hépatique.

On distingue la réticulation de l'espace péritrabéculaire riche en cellules lymphoïdes de taille et d'aspect variables. Les cellules souches sont remarquables par leur volume et leur teinte pâle. Elles sont parfois situées dans des niches qui paraissent intrahépatiques au faible grossissement (chambres d'incubation). Le fort grossissement montre que ces foyers sont extratrabéculaires.

Ces foyers d'hémati-formation ne sont pas nodulaires; ils répondent moins à des lymphomes diffus qu'a un début d'hématopoïèse péritrabéculaire.

A Niche paraissant intratrabéculaire, future chambre d'incubation.

BB'. Réticulation de l'espace péritrabéculaire.

Comme on le voit le processus qui préside à l'édification de ces lymphomes diffère peu de celui qui, chez le fœtus, a été décrit dans l'hématopoïèse réticulo-endothéliale du foie ; il rappelle plus encore celui des foies des hérédo-syphilitiques (F. Cailliau, *Les hépatites scléreuses dans l'hérédo-syphilis*, séance plénière de la Société Anatomique, octobre 1929).

On sait que l'espace péritrabéculaire peu complexe chez l'adulte, où il ne comporte que quelques éléments kupffériens, limitant des sinusoïdes, et les fibres grillagées d'Oppell (fibres radiées, et fibres unissantes), forme chez le fœtus un syncytium complexe de cellules anastomotiques et de fibres réticulées d'origine kupfférienne et d'origine périthéliale (péricytes), où s'élaborent les cellules sanguines.

Mais à l'inverse de ce qui se passe chez le fœtus, où le réseau n'a qu'une existence éphémère et se vide de ses cellules sanguines (chambres d'incubation de Saxher) pour rendre à la circulation les lacunes destinées jusque-là à l'hématopoïèse, chez le sujet leucémique, la surproduction cellulaire continue et s'intensifie au cours de l'affection. Aucun vide, aucune chambre d'incubation.

L'étude de ces foies leucémiques est défavorable à l'hypothèse d'Aron qui croit pouvoir attribuer à la travée hépatique elle-même l'origine des cellules sanguines, au cours de l'hématopoïèse hépatique.

Quelle est la nature de ce tissu et des fibrilles réticulées ? Leur réaction chimique, leurs affinités chromatiques les distinguent du collagène, de l'élastine ; elles sont comparables aux fibres conjonctives embryonnaires et sont composées de réticuline appartenant au système réticulo-endothélial d'Aschoff.

Ces faits nous intéressent à deux points de vue :

1° D'une part ils montrent l'édification *in situ* des lymphomes du foie ;

2° D'autre part, les réactions observées au cours de l'état leucémique sont, en tous points, comparables aux faits qui caractérisent les réactions hépatiques dans l'hérédo-syphilis et dans certaines infections (variole, varicelle, etc.) et qu'un état inflammatoire bien affirmé accompagne. Ces lésions nous autorisent, jusqu'à un certain point, à envisager le processus leucémique comme d'ordre infectieux.

En tout cas, cette hématopoïèse intensifiée, perturbée qui caractérise le foie leucémique, nous semble bien répondre à une hématopoïèse réticulo-endothéliale.

Les *reins* très volumineux sont de consistance molle, semés de taches hémorragiques à la surface.

A la coupe l'organe est œdémateux, parcouru de stries hémorragiques traversant la corticale jusqu'à la médullaire. Entre les stries le tissu rénal est pâle, jaunâtre (aspect bigarré).

Histologiquement, on note une infiltration diffuse; rarement les cellules sont groupées en foyers, quelques-unes s'observent toutefois sous la capsule, autour des glomérules, autour des vaisseaux.

Les stries rouges répondent aux zones congestives, à des vaisseaux et capillaires ectasiés remplis des mêmes cellules que les foyers infiltrés.

Les glomérules paraissent indemnes, les tubuli offrent des épithélium granuleux dégénérés ou nécrosés ; souvent l'infiltrat cellulaire les dissocie et les efface.

Les cellules d'infiltrat sont des lymphocytes et des éléments intermédiaires entre lymphocytes et plasmocytes ; on y distingue des monocytes à protoplasme granuleux.

La genèse locale de ces lésions trop avancées pour permettre plus de précision, semble prouvée par les mitoses nombreuses constatées sur les cellules d'infiltrat, par l'abondance de ces cellules dans les zones périvasculaires, dans les tuniques adventitielles.

Au *testicule* l'albuginée est très épaissie. Les canaux séminifères sont distants les uns des autres, refoulés par l'accumulation des cellules lymphoïdes amassées entre eux.

Toute la glande est infiltrée. On peut autour des vaisseaux constater l'existence d'un fin réticulum dont les fibrilles sont réunies aux prolongements rameux des cellules périvasculaires et dont les mailles sont remplies de lymphocytes, de monocytes et de cellules sombres.

Ce réseau répond à l'amplification du tissu adénoïde normal du testicule. L'évolution des cellules sanguines est trop avancée pour permettre d'affirmer l'authenticité d'une hématopoïèse locale initiale.

En résumé, chez un sujet couvert d'éruptions nodulaires généralisées, sont apparues des adénopathies cervicales et médiastines ayant déterminé des signes de compression et un épanchement pleural s'est déclaré.

Le foie et la rate sont hypertrophiés ; l'hématologie révèle une leucémie mixte à lymphocytes et monocytes.

Sous l'influence d'un traitement radiothérapique les adénopathies régressent ; mais l'état général s'aggrave, une fièvre continue s'installe, accompagnée d'un syndrome hémorragique, des cellules-souches apparaissent dans le sang. Le malade succombe au cours d'un syndrome de leucémie aiguë terminale.

La nécropsie montre l'extension du processus leucémique cutané aux ganglions, au foie, à la rate, aux poumons et plèvres, au myocarde, aux reins et testicules.

La réaction primitivement locale a déclanché celle des appareils réservés à l'hématopoïèse générale.

Comment convient-il d'interpréter ce processus et quelles notions apporte-t-il au processus leucémique en général ?

Ce syndrome s'écarte du type classique de la leucémie lymphatique ; la monocytémie locale et sanguine, s'associe à la lymphocytémie, et cette forme mixte aboutit, dans la phase ultime, à une leucémie aiguë que caractérisent les cellules souches immatures dans le sang.

1. — L'observation est favorable à l'hypothèse d'une origine autochtone du processus.

Le mode de déclanchement du processus leucémique était autrefois attribué par Erlich à des embolies cellulaires disséminant au loin des lymphomes comme un néoplasme essaime ces métastases.

On tend aujourd'hui à admettre, depuis les travaux de Dominici, Hirchfeld et Pappenheim, que la réaction générale du tissu lymphoïde est déclanchée par une hyperplasie *in situ* qui diffuse secondairement dans tout l'organisme et sollicite non seulement les centres principaux de l'hématopoïèse, mais aussi les amas secondaires microscopiques. La réaction de l'hématopoïèse limitée à ces centres principaux, chez le normal, tend, à l'état pathologique, à devenir ubiquitaire.

Si les formes mixtes sont été niées par les dualistes, Clerc, Nægeli, Mac Callum, signalent la possibilité de formes mixtes d'emblée où la réaction des tissus peut répondre successivement ou simultanément.

Ces réactions d'ailleurs sont des plus variables. On a démontré que dans la leucémie expérimentale des poules un même virus inoculé à une série d'animaux ne les contamine pas tous et réalise chez les contaminés les manifestations les plus diverses.

Chez l'homme on sait que certaines infections excitent particulièrement tel tissu et non l'autre, dans la variole c'est le tissu myéloïde, dans la coqueluche c'est le tissu lymphoïde; dans le paludisme, la réaction est de préférence monocytaire et il y a là, dit Clerc, comme une sorte de chimiotaxie positive ou négative.

Dans notre cas il semble que le tissu périvasculaire du tégument ait été l'un des premiers intéressé, et que cette hématopoïèse locale ait précédé la réaction des centres essentiels hématopoïétiques (ganglions, rate, moelle osseuse).

La prolifération lymphoïde et monocytaire semble avoir été autochtone, les lymphomes relevant de l'hématopoïèse, locale dévolue à

tout le système hystiocytaire et, comme chez le fœtus, le caractère ubiquitaire de ce système s'est révélé dans la suite du processus.

L'origine autochtone des leucémies cutanées nous était connu d'ailleurs Avec Hudelo nous avions pu étudier un processus beaucoup plus localisé encore, où le sang était modérément modifié et où le tissu conjonctif dermique était le siège d'une élaboration remarquablement abondante de matszellen ou cellules d'Erlich chez un sujet offrant les signes de l'urticaire pigmentaire (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, janvier 1928).

Dans l'observation que nous apportons aujourd'hui, les foyers cutanés étaient plus nombreux, et l'origine sanguine humorale de ces foyers ne pouvait expliquer ces nombreuses localisations; car, d'une part, les vaisseaux d'apport régionaux était modérément chargés de leucocytes et, d'autre part, les premiers examens de sang n'ont révélé qu'une leucocytose très modérée, alors que dans la phase ultime le chiffre leucocytaire atteignait 500.000 globules blancs.

Ce chiffre d'ailleurs se rapportait à une formule sanguine de leucémie aiguë terminale, forme comparable aux septicémies, qui peut apparaître aux décours de certaines affections (diphtérie, scarlatine, variole), déclanchée parfois par la radiothérapie.

2. — Chez notre sujet aucune infection antérieure n'est signalée dans l'observation.

Pourtant l'origine infectieuse est peut-être l'hypothèse la plus vraisemblable.

Elle cadre bien avec la présence d'un exsudat fibrineux et d'un état inflammatoire et les images histologiques rappellent les îlots d'hématopoïèse fœtale chez l'hérédo-syphilitique.

Pour hypothétique que soit cette conception elle nous semble plus rationnelle que celle du cancer (cancer du sang), opinion peu défendable qui se heurte à la définition même du cancer, à l'absence d'atypie cellulaire, au caractère non destructeur des métastases comme nous y reviendrons plus loin.

Si nous envisageons, d'autre part, l'influence des toxines et cytotoxines, nous savons que celles-ci au même titre que la saponine, le pyrogallol et le benzol dans les infections expérimentales, sont des poisons destructeurs des globules rouges, et, de ce fait, suscitent

en même temps l'hyperplasie de la moelle osseuse et de la rate.

Les expérimentateurs ont-ils apporté des arguments à la théorie infectieuse ou toxique ?

L'infection par le bacille de Kock a provoqué entre les mains de Dominici, Rubens et Duval une splénomégalie à type myéloïde.

Emile Weill a signalé l'association de la tuberculose et de la leucémie chronique vérifiée à l'autopsie, et des leucémies consécutives à des tuberculoses pulmonaires ou ganglionnaires, dues apparemment à l'intoxication tuberculinique.

Nous avons rencontré des états leucémiques dans les hépatites hérédo-syphilitiques (Réunion plénière de la Société Anatomique, octobre 1929).

La fièvre typhoïde provoque des réactions lymphoïdes intestinales, la variole des réactions myéloïdes diverses. Le cas de Sicard relatant une leucémie concomitante avec une spirochétose est à signaler au même titre que la spirillose expérimentale des poules.

Il n'est pas inutile de rappeller ici les infections purpuriques à réactions leucémiques, les septicémies de l'enfance s'accompagnant de purpura et d'ecchymoses, offrant l'allure et les lésions des leucémies aiguës, les manifestations cutanées du lymphogranulome de Schaumann (angmentation des grands mononucléaires), affection dont l'origine tuberculeuse bovine est défendue.

Dans le mycosis fongoïde si le processus initial, d'apparence infectieuse, évolue parfois vers l'hyperplasie diffuse myéloïde (Hudelo et Cailliau) il aboutit aussi, en d'autres cas, au néoplasme malin. Il y a donc-là des faits complexes qui déroutent les recherches.

Faut-il mentionner les réactions myéloïdes du pancréas dans la syphilis, les réactions lymphoïdes dans la tuberculose lymphomateuse du même organe et enfin les cas de leucémies avec évolution tuberculeuse subaiguë montrant, à l'autopsie, une tuberculose pres-exclusivement localisée aux organes hématopoïétiques.

Cependant la pathologie comparée et l'étude expérimentale de la leucémie des poules dans les formes anémiques myéloïde et lymphoïde, dans ses formes aleucémiques, n'a donné que des déceptions.

L'inoculation du virus de chien à chien, voire même d'homme à homme est restée négative.

Peut-être qu'un virus comparable au virus du *molluscum contagiosum*, à celui du sarcome de Peyton Rouss, s'il possède, comme certains virus) la propriété d'entraîner la cytolyse et les destructions globulaires, pourrait susciter, d'autre part, comme tant d'autres affections le démontrent, des réactions hématopoïétiques intensifiées et perturbées qui expliqueraient les leucémies.

Peut-être pourrait-on aussi invoquer une pluralité de facteurs pour un seul type déterminé, capable d'expliquer les différentes variétés cytologiques observées.

Rôle des virus, rôle des bactéries, rôle des ferments sécrétés, des cytolysines, tout est hypothétique.

Dans ses travaux sur le bactériophage, d'Hérelle cite les exemples du hog-choléra, de l'influenza, où les bactéries banales se trouvent associées à des virus, réalisant suivant les conditions inhérentes au sujet infecté, deux maladies parallèles ou superposées ; l'une très contagieuse mais bénigne due à l'ultra-virus, l'autre non contagieuse mais transmissible expérimentalement, souvent très grave.

Pareil processus permettant l'interprétation des états leucémiques serait assez conforme à la conception des auteurs américains qui à la suite d'inoculations chez le singe considéraient les leucémies, les pseudo-leucémies et même certains lympho-sarcomes comme trois modalités, d'une même affection variable suivant l'abondance et la virulence du parasite, l'état du sujet et sa réceptivité vis-à-vis du virus et des bactéries.

Dans notre observation, l'allure terminale du syndrome leucémique aigu était bien celle d'une septicémie : hémorragies, fièvre, torpeur, signes pulmonaires et cardiaques marche rapide.

Il faut bien dire, toutefois, que si ces réactions leucémiques sont jusqu'à un certain point comparables à la leucocytose des maladies infectieuses, elles en diffèrent totalement par l'apparition dans le sang des formes ellulaires immatures, des cellules-souches.

Quant aux relations que certains auteurs leur reconnaissent avec les sarcomatoses et le cancer ; malgré les analogies incontestables du type lymphoïde, malgré la nature des leuco-sarcomatoses (lymphocytome accompagné de leucémie aiguë) et celle des chloromes (leucémies lymphatique ou myéloïde avec sarcome lymphocytaire ou myélocytaire) l'identification est impossible en raison de l'atypie cellulaire bien moindre, des modifications sanguines concomitantes,

du caractère non destructeur des lésions, du caractère de la prolifération uniforme et indéfinie qui manque le plus souvent.

Parasites, virus, toxines, microbes ou cytolysines n'ont peut-être qu'une action indirecte comme celle des substances radio-actives (thorium, radium, rayons X) qui paraissent capables, à coup sûr, de modifier et même d'engendrer les états leucémiques.

On sait que chez les professionnels les petites doses entraînent une diminution des leucocytes et des hématies. Les grosses doses ont les mêmes effets mais déterminent l'apparition de cellules-souches et ne sont peut-être pas étrangères à l'apparition des leucémies aiguës terminales.

Le radium donne des effets du même ordre et il importe peu de savoir si l'effet des rayons ou du radium est direct ou s'il résulte de l'action des substances toxiques élaborées ; cet effet est comparable à celui des toxines microbiennes.

3. — Si, écartant les hypothèses précédentes, nous revenons aux données plus précises de la clinique et de l'histologie, nous pouvons remarquer combien l'idée d'un processus autochtone secondairement généralisé et atteignant en dernier ressort tous les tissus et viscères, envahissant le sang, est conforme aux récentes données d'un travail de MM. Bratiano et Lhombart sur le système d'Aschoff.

Etudiant expérimentalement le système histiocytaire d'Aschoff et et, en particulier, la floculation des colloïdes colorants et non colorants au niveau de ce tissu, ces auteurs ont montré que suivant la dose de colloïde injectée, si cette dose dépasse le pouvoir floculant des cellules de la région, les colloïdes pénètrent dans le sang et sont fixés par le système réticulo-endothélial général.

Il y aurait lieu, disent-ils, de distinguer le système réticulo-endothélial général dont l'action s'exerce vis-à-vis de la lymphe et du sang, et les systèmes réticulo-endothéliaux locaux, formés de fibrocytes et d'histiocytes, dont l'action est limitée et s'exerce sur un territoire humoral ou sanguin plus ou moins étendu.

De telles réactions primitivement localisées puis généralisées permettraient l'interprétation de notre cas.

A la peau, par exemple, les injections cutanées de colloïdes (carmin lithiné ou encre de Chine diluée) déterminent un trouble de la

stabilité colloïdale de la région injectée. Les fibrocytes et les histiocytes locaux rétablissent l'équilibre colloïdal du milieu, et on retrouve les granulations colloïdales à l'intérieur de ces cellules.

Il paraît, en outre, vraisemblable que lorsque le système local est insuffisant à rétablir cet équilibre, le système réticulo-endothélial général intervient ; la dose de colloïdes dépassant le pouvoir floculant des cellules de la région, ces colloïdes passent dans le sang et sont alors fixées par le grand système réticulo-endothélial. Ce qui existe pour la colloïdopexie doit exister pour l'hématopoïèse et pour toutes les fonctions dévolues au système d'Aschoff ; les réactions autochtones de ce système et les réactions générales doivent être envisagées parallèlement, et ces réactions sont susceptibles d'être modifiées par la radiothérapie.

Ainsi comprise, l'affection dont nous rapportons une observation répondrait à une leucémie mixte, de forme bâtarde, puisque suivant l'expression de Merklen et Wolff (*Presse médicale*, 1927), nous avons constamment rencontré dans le sang, au cours de l'évolution leucémique, une quantité notable sinon prédominante de monocytes adultes ou embryonnaires et qu'à l'autopsie nous avons observé une prolifération du système d'Aschoff dans de nombreux viscères.

En résumé, cette observation, si elle ne nous apporte que des présomptions sur la nature infectieuse du processus que nous distinguons du cancer, nous donne des notions intéressantes.

Elle nous démontre : 1° Le caractère autochtone des lésions cutanées, pulmonaires, hépatiques, cardiaques, etc. ;

2° Elle nous permet, à l'examen du foie, d'établir de grandes analogies avec le processus infectieux de la syphilis héréditaire de cet organe ;

3° Elle pose, au sujet du parenchyme pulmonaire, le problème si controversé de la nature du revêtement alvéolaire ;

4° Elle montre les variations évolutives passibles du type de leucémie lorsque le malade a été soumis à la radiothérapie ;

5° Elle prouve le bien fondé de la conception de Ferrata sur l'histogénèse du tissu hématopoïétique basée sur la théorie de l'unicisme à ramifications trialistes et sur la polyvalence de ce tissu à l'état embryonnaire.

Dans le tégument en particulier, le processus évolutif des lésions

observées chez notre malade est conforme aux données des recherches récentes de Bratiano et Lhombart sur le système histiocytaire qui montrent que des réactions primitivement locales sont capables de déclancher secondairement des réactions générales au cours des syndromes leucémiques.

(Travail du Service de Dermato-Vénéréologie de Rouen).

MATÉRIAUX POUR LE RŒNTGÉNO-DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS CONGÉNITALE

Par G. J. LANDA et V. P. PANOV
Assistant Radiologiste
au premier Institut Ukrainien Dermato-Vénéréologique d'Etat « Glavtsché » à Odessa
(Directeur : M. G. Khorochine. Chef du service de la syphilis infantile : M. G. Mguebrov).

L'étude systématique des lésions du système osseux dans la syphilis congénitale ne date que de l'année 70 du siècle dernier, lorsque les travaux classiques de Wegner (1870) et de Parrot (1872) attirèrent l'attention sur cette question, et déjà Parrot, en 1879, indique la fréquence extrême des affections du système osseux dans la syphilis congénitale, fréquence dépassant d'une manière notable les cas de lésions viscérales.

Nous avons actuellement une collection suffisante de documents anatomo-pathologiques, et dans le nombre, des matériaux plus détaillés avec recherche accompagnée de résultats positifs du spirochète pâle dans les lésions osseuses (Schneider et autres) ; et cela nous permet de soutenir que le tissu osseux est le siège de prédilection des processus spécifiques dans la syphilis congénitale. Cependant, le diagnostic, au cours de la vie du malade, des lésions osseuses qui revêtent l'aspect d'ostéo-chondrites de divers degrés, de périostites, dans le cas où ces lésions ne donnent pas de tableau clinique, n'est devenu possible que depuis l'application des rayons Rœntgen. Le Rœntgéno-diagnostic des os dans la syphilis congénitale, élaboré par une série d'auteurs éminents tels que Hochsinger, Köhler, Frænkel, Reyer et d'autres, ne présente plus actuellement de difficultés particulières ; d'autre part, la comparaison des données fournies par la radiologie avec les données de la clinique et l'âge de l'enfant, permet, en général, de poser un diagnostic différentiel par rapport aux affections donnant des tableaux similaires de troubles de l'ossification (maladie de Barlow, rachitisme, etc.).

Au cours des dernières années, le Rœntgéno-diagnostic de la syphilis congénitale a été élaboré sur des matériaux extrêmement riches et intéressants par beaucoup d'auteurs en France, par Thones, Péhu, avec ses collaborateurs et d'autres, et chez nous, en Russie, par le docteur Raiz. La fréquence des lésions du système osseux dans la syphilis congénitale est exprimée dans ces travaux par 75 o/o-80 o/o ; Reyer même estime que : « presque tous les enfants atteints de syphilis congénitale donnent des lésions osseuses à n'importe quelle période de leur développement », tandis que des cliniciens aussi éminents que Hochsinger et Steffen, se basant sur des données cliniques, n'ont réussi à noter ces lésions que dans 32-35 o/o des cas.

Nos documents montrent que la fréquence des lésions du système osseux chez les enfants de moins d'un an, atteints de syphilis congénitale, se traduit par 78 o/o, tandis que chez les enfants d'un an à deux cette fréquence s'exprime par 1/3 des cas environ. Ainsi, chez les enfants de moins d'un an, les affections du système osseux se rencontrent beaucoup plus souvent. Quelles sont les lésions osseuses qu'il nous arrive de constater à cet âge? Le tableau ci-dessous nous donne une réponse à cette question.

Tableau I

Tableau des affections spécifiques du système osseux chez les enfants de moins d'un an, atteints de syphilis congénitale.

	Nombre des enfants examinés	Nombre des enfants avec lésions osseuses	o/o	Périostites	o/o	Ostéosclérose	o/o	Ostéochondrite III	o/o	Ostéochondrite II	o/o
Enfants avec manifest. actives de syphilis congénitale . . .	32	32	100	20	62,5	4	12,5	12	37,5	12	37,5
Enfants sans manifest. cliniques, issus de familles syphilitiques . . .	31	17	48,4	15	88,2	3	17,6	—	—	5	29,4
Total. . .	63	49	77,7	35	71,4	7	14,3	12	24,5	17	34,7

Ainsi, la périostite se rencontre chez nous à l'âge de moins d'un an, dans 70 o/o des cas, soit isolément, soit en connexion avec les ostéo-chondrites de divers degrés. Les ostéo-chondrites de 3e degré se rencontrent dans 1/4 des cas, tandis que les ostéo-chondrites de 2e degré, dans 1/3 des cas. L'ostéosclérose se rencontre dans 15 o/o des cas environ, tandis que l'ostéo-porose et l'ostéo-myélite seulement dans un nombre insignifiant de cas. Les ostéo-chondrites de 3e degré se sont toujours rencontrées avec d'autres manifestations de la syphilis congénitale, tandis que la connexion de l'ostéo-chondrite de 2e degré avec les autres manifestations était moins fréquente.

Si nous examinons ces données d'une manière plus détaillée au point de vue de l'âge, nous remarquons que c'est chez les enfants de moins de 3 mois que les ostéo-chondrites sont les plus fréquentes; de plus, l'enfant le plus âgé, chez qui nous avons observé des manifestations d'ostéo-chondrites de 3e degré, avait 3 mois ; l'ostéo-chondrite de 2e degré se rencontrait surtout chez des enfants de moins de 4 à 5 mois, et, dans des cas isolés chez des enfants plus âgés. En général, plus l'enfant est jeune, plus souvent nous constatons en lui des ostéo-chondrites, et plus ces ostéo-chondrites sont fortement accusées, tandis que dans la vie fœtale, comme on le sait d'après les données fournies par la littérature, et comme nous avons pu nous-mêmes nous en convaincre par les radiogrammes de 15 cadavres d'enfants, les os sont exclusivement affectés d'ostéo-chondrites; ici les ostéo-chondrites siègent sur tous les os longs et sur les côtes, et sont de plus fortement accusées. Au-dessus de 3-4 mois, nous avons observé, dans la plus grande partie des cas, une périostite ossifiante; cette périostite, cependant, a été observée aussi chez des enfants plus jeunes, et même chez des enfants de 6 semaines, mais, en général, combinée avec des ostéo-chondrites de divers degrés.

Le siège de prédilection le plus fréquent des affections indiquées ci-dessus se trouvait, dans nos observations, sur les os de l'avant-bras; le périoste, atteint d'épaississement, recouvrait les deux os dans toute leur étendue, ou bien n'était affecté que sur des segments isolés. Le siège de localisation le plus caractéristique de la périostite isolée, dans nos cas observés, était la face externe du radius, à la limite des tiers inférieur et moyen; à cet endroit, la

périostite apparaît sur le radiogramme ou bien sous l'aspect d'une lamelle de périoste épaissi, ou bien dans le cas de périostite déjà organisée, sous l'aspect d'un relief à pente douce. Ces modifications périostiques décrites, nous les avons trouvées sur le radius dans 9 cas sur 35 cas de périostite.

Il est intéressant, plus loin, de noter que l'ostéoporose, dans nos cas, se localisait de préférence sur la tubérosité du radius et du tibia. Il est possible que les segments indiqués soient souvent atteints parce qu'ils servent de points d'attache au biceps et au ligament de la rotule, et parce que, pendant les mouvements accentués des bras et des jambes, ces régions sont exposées à une plus grande traumatisation.

Chez les enfants d'un an à deux, nous avons observé des lésions osseuses sous l'aspect de périostites ossifiantes siégeant sur divers os ; de plus, dans un cas, la périostite était en connexion avec l'ostéo-myélite ; dans un autre, avec l'ostéo-porose. Il y a peu d'enfants appartenant à ce groupe, dans nos matériaux (8 enfants examinés, résultats positifs constatés chez 3 enfants) et, pour cette raison, nous nous abstenons de faire une généralisation en nous basant sur ces données.

Au point de vue clinique nous pouvons classer nos observations d'après les groupes suivants :

Premier groupe (32 cas).

Les enfants de ce groupe ont moins d'un an et ils sont porteurs d'accidents actifs de syphilis congénitale. Chez les enfants de ce groupe, dont le tableau clinique, peut être caractérisé par des accidents de la peau et des muqueuses rencontrés dans 80 o/o des cas, des hépato-splénites, dans 58 o/o des cas, dans un cas par un sarcocèle avec réaction de Bordet-Wassermann négative, les lésions osseuses ont été observées par nous dans tous les cas, sans exception.

Deuxième groupe (5 cas).

Les enfants de ce groupe, âgés d'un an à deux, présentent des accidents actifs de syphilis congénitale. Chez ces enfants, dans certains cas, il y a eu des accidents d'hépato-splénite (chez 3 sur 5), dans d'autres cas, des accidents cutanés (chez 3 sur 5). Les changements dans le système osseux des enfants de ce groupe ont été constatés dans 3 cas sur 5.

Troisième groupe (5 cas).

Les enfants de ce groupe, âgés de 6 mois à 3 ans, n'ont présenté à l'examen aucun accident clinique mais ils avaient tous une réaction de Bordet-Wasserman positive. La radiologie a permis de constater des lésions osseuses dans 3 cas sur 5.

Quatrième groupe (27 cas).

Enfants de moins d'un an, ne présentant cliniquement et sérologiquement aucun accident de syphilis, mais leurs parents sont atteints de lues. C'est ce groupe qui présente le plus d'intérêt au point de vue du diagnostic, puisque l'examen clinique le plus minutieux n'a découvert ni manifestations cutanées, ni manifestations viscérales, ni manifestations osseuses. La réaction de Bordet-Wassermann, répétée chez quelques-uns à plusieurs reprises, a donné aussi des résultats négatifs. Avant l'examen radiologique, nous n'avions donc aucune raison de diagnostiquer la syphilis congénitale, et néanmoins, dans 13 cas sur 27 (48 o/o), l'examen radiologique a découvert des accidents spécifiques des os. Il est intéressant de souligner ici que ces accidents provenaient presque exclusivement du périoste, et, dans 2 cas seulement de ce groupe, on a constaté une ostéo-chondrite de 2e degré.

Cinquième groupe (40 cas)

Parmi les enfants de ce groupe, 34 ont moins d'un an et 6 sont âgés d'un an à deux ans; ils ne présentent pas d'accidents cliniques ou sérolo-

Tableau II

Tableau de la fréquence des lésions du système osseux dans les divers groupes cliniques.

Résultats obtenus Dénomination des groupes	Quantité des cas examinés	des cas positifs		des cas négatifs	
		Nombre	o/o	Nombre	o/o
I Groupe . . .	32	32	100	—	—
II » . . .	5	3	60	2	40
III » . . .	5	3	60	2	40
IV » . . .	27	13	48	14	52
V » moins d'un an . . .	34	2	6	32	94
De 1 à 2 ans . .	6	—	—	6	100

giques de la syphilis ; les antécédents ne permettent pas de soupçonner la syphilis chez leurs parents. Des lésions spécifiques du système osseux ont été découvertes dans 2 cas (5,9 o/o) chez des enfants de moins d'un an appartenant à ce groupe ; parmi les enfants d'un an à deux ans, on n'a trouvé aucun accident, dans aucun cas. Les résultats que nous avons obtenus sont représentés dans le tableau ci-dessus.

Nos données peuvent être résumées de la manière suivante : la radiologie découvre des lésions osseuses dans tous les cas de syphilis active chez les enfants de moins d'un an ; des lésions, dans plus de la moitié des cas de syphilis active, chez les enfants de 1 à 2 ans, qui ne présentent pas d'accidents cliniques, mais ont une réaction de Bordet-Wassermann positive ; dans la moitié environ des cas des enfants ayant moins d'un an, sans manifestations cliniques ou sérologiques de syphilis congénitale, mais dont les parents sont syphilitiques et la radiologie découvre des lésions environ dans 6 o/o des cas parmi les enfants de moins d'un an, qui nous ont été adressés à l'Institut et qui ne présentaient pas d'accidents cliniques ou sérologiques et dont les parents avaient des antécédents négatifs quant à la syphilis.

En sorte que si les données fournies par la radiologie, dans les cas de syphilis congénitale déjà constatée, nous sont d'un intérêt notable au point de vue pathologique, puisqu'elles nous permettent de juger de la localisation des lésions spécifiques des os, de la répartition de ces lésions et de la gravité de leur évolution, par contre, dans les cas où la syphilis congénitale n'est que présumée, l'examen radiologique présente pour nous, au point de vue du diagnostic, une signification d'une valeur exceptionnelle, puisque cet examen, dans un pourcentage notable des cas, découvre des lésions spécifiques même chez des enfants, — nous le soulignons encore une fois, — dont la réaction de Bordet-Wassermann donnait un résultat négatif, fait qui a été constaté non seulement par nous, mais encore par une série d'autres auteurs.

Nous basant sur ce que nous avons exposé ci-dessus, nous nous permettons de tirer la conclusion suivante : pour procéder à un examen complet d'un enfant au point de vue de la syphilis congénitale, actuellement, l'examen du système osseux par la radiologie est indispensable et, dans beaucoup de cas, il est une méthode plus sûre que la réaction de Bordet-Wassermann.

VACCINE DE LA LANGUE

Par M. VIEU.
(Clinique de D. et S de l'Université de Toulouse : Professeur C. Audry).

I

Nous entendons par *vaccine* les efflorescences qui résultent de l'inoculation du virus vaccinal, et par *vaccinides* les manifestations cutanées qui résultent de septicémies vaccinales ou post-vaccinales, dont la vaccine généralisée est un exemple bien connu, et dont certains érythèmes polymorphes offrent des variétés de nature encore indéterminée.

Il ne s'agit ici que de vaccine, c'est-à-dire d'efflorescences résultant de l'inoculation.

On sait qu'un sujet vacciné peut recevoir d'autres inoculations avec succès pendant les huit ou neuf premiers jours consécutifs.

On pourra donc appeler vaccine *initiale,* une efflorescence résultant d'une inoculation première, et vaccine *binaire*, les inoculations vaccinales postérieures à celle-ci. D'une manière générale, on connaît assez bien l'existence de vaccine binaire sur n'importe quelle muqueuse (conjonctive, lèvre, bouche, nez, palais, amygdale, pharynx, vulve, anus).

Ici, nous ne nous occupons absolument que de la vaccine de la langue.

II

La première observation paraît être celle de Padieu (d'Amiens) (*Gazette des Hôpitaux*, 4 mai 1880, n° 52, p. 412) : Vaccination d'un enfant atteint d'eczéma de la face et du cuir chevelu. Eruption confluente de vaccine sur les parties qui sont le siège de l'eczéma ; communication de la vaccine à la mère et à la bonne.

Une pustule vaccinale apparût sur la joue de la mère 6 jours après l'inoculation de l'enfant. Cinq jours après, on notait deux pustules énormes, l'une à la base, l'autre à la pointe de la langue de la mère.

A cette observation qui est encore la seule française que nous ayons trouvée, nous ajoutons celle inédite que voici :

Pad... Juliette, 5 ans, fillette assez bien constituée, cependant a été hospitalisée à l'âge de 3 ans pour rachitisme. Au cours de son séjour, elle contracta la varicelle. Vaccinée pour la première fois, le 8 avril 1930, dans un dispensaire de la ville, par trois inoculations au niveau du bras gauche, la réaction positive apparut le troisième jour.

La fillette est amenée à la consultation de dermatologie le 16 avril. On constate alors :

Trois pustules vaccinales normales au niveau du bras inoculé.

Deux pustules légèrement ombiliquées situées sur la face, l'une au-dessous de la commissure labiale gauche, l'autre, sur la paupière inférieure droite.

Des efflorescences au niveau de la langue.

Sur le reste du corps, rien. Pas d'adénopathies, pas de réaction fébrile.

On reconnaît facilement que les lésions de la langue sont des pustules vaccinales. L'une siège sur la pointe, trois autres, confluentes, en arrière et à droite, une cinquième, la plus volumineuse, au milieu de la langue. Leur forme est nettement arrondie, leur diamètre dépasse 1/2 centimètre. Les bords sont surélevés et blanchâtres. On voit très bien l'ombilication centrale, mais, la pustule est vidée et on aperçoit, en son milieu, une érosion déprimée, presque ponctiforme.

III

En outre de ces deux observations, nous n'en connaissons présentement que douze autres publiées. Onze sont indiquées et résumées dans le travail d'un assistant d'Erich Hoffmann (Zurhelle), et l'autre est celle de Gottron.

Voici, d'après Zurhelle, leur résumé :

1. *Falkenheim.* — Enfant de 2 ans 1/2, vacciné pour la première fois, présentant deux pustules vaccinales de la langue. L'enfant avait sucé ses doigts de la main gauche après les avoir souillés du virus déposé sur le bras droit.

2. *Mautner.* — Garçon de 5 ans vacciné trois semaines auparavant. Depuis huit jours il présente deux pustules sur la langue, qui viennent de se convertir en ulcérations confluentes (lésion épithéliale par carie dentaire ou transport par les doigts d'une pustule prurigineuse).

3. *Dantziger.* — Fillette de sept semaines, hérédo-syphilitique, atteinte de vaccine généralisée. Entre autres sièges, pustules sur le dos et à la pointe de la langue (Ce cas s'est terminé par la mort).

4. 5. 6. *Marschik* a donné trois observations, toutes chez des adultes. C'est seulement dans la seconde (une femme de 30 ans) et dans la troisième (une femme de 50 ans) qu'on a pu établir des contacts entre le malade et des enfants vaccinés. C'est uniquement par la ressemblance entre ces deux derniers cas et le premier, que Marsrhik a reconnu l'existence de vaccine linguale.

7. *Cremer.* — Il s'agit de la mère d'un nouveau-né atteint de vaccine sur eczéma. Elle-même présenta quatre pustules vaccinales, deux ulcérations sur la commissure labiale et une petite ulcération sur le frein de la langue.

8. *Ochsenius.* — Garçon de 2 ans présentant onze jours après l'inoculation initiale de nouvelles pustules sur les deux paupières, le cou, l'oreille, le coude et la cuisse du côté droit et quatre pustules sur la langue (deux sur la pointe, une sur le côté gauche, une au milieu).

9. *Langsch.* — Un enfant montre onze jours après une inoculation positive des lésions diphtéroïdes de la langue : d'un blanc grisâtre, etc.

10. *Zurhelle.* — L'observation se rapporte à un enfant de 9 ans qui présente sur tout le dos de la langue, 5 lésions en partie confluentes, saillantes, pseudo-membraneuses, grises ou jaunâtres. Dans le cas particulier il fallut éliminer l'hypothèse d'une stomatite aphteuse ou la possibilité d'une infection directe par le lait d'une vache à Cow-Pox. Mais, deux petites sœurs jumelles avaient été vaccinées quatre semaines plus tôt. Une inoculation à la cornée du lapin donna une kératite que Grüter affirma être une kératite vaccinale typique.

11. *Zurhelle.* — Une femme de 61 ans, vaccinée deux fois dans sa jeunesse, qui dort avec son petit-fils, âgé de 2 ans 1/2 et vacciné récemment, est prise brusquement de frissons avec fièvre. Eruption buccale : sur la face interne de la lèvre inférieure, 2 plaques grisâtres, pseudomembraneuses, qui ne tardent pas à confluer ; surface érosive sur la gencive du maxillaire inférienr ; sur la face inférieure de la langue, plaques grisâtres, pseudo-membraneuses. Adénopathie ; fièvre élevée. En deux jours, disparition des phénomènes généraux et amélioration locale rapide. Inoculation positive à la cornée du lapin.

12. *Gottron.* — Il s'agit d'une femme de 48 ans qui présentait sur le milieu de la langue trois érosions rondes, hémisphériques, papuleuses, nodulaires d'un brun-rouge, à consistance ferme, revêtues d'un épithélium encore intact, malgré un exsudat puriforme. Lésions semblables sur la moitié inférieure droite du voile du palais et sur la muqueuse de la lèvre inférieure (Adénite sous-maxillaire ; pas de syphilis, etc...). Guérison rapide. L'enquête montra qu'un petit-fils de la malade avait été vacciné deux semaines auparavant et qu'elle avait léché les pustules de l'enfant pour le calmer.

IV

Des observations précédentes, il résulte que la vaccine de la langue est présentement connue sous deux formes : une forme *pustuleuse*, véritablement vaccinale, et une forme *papuleuse*.

La première paraît de beaucoup la plus fréquente. Notre petit malade en offrait un parfait exemple. On reconnaissait parfaitement l'ombilication, bien que la pustule se soit affaissée et vidée, mais on conçoit facilement qu'au bout de peu de jours, le fond se transforme en une ulcération ronde plus ou moins recouverte de débris exsudatifs de toutes apparences.

Le plus souvent, mais pas toujours, les lésions sont multiples. Les localisations varient : pointe, dos, frein, etc..

Les efflorescences peuvent rester isolées ou confluentes. D'une manière générale, l'évolution est bénigne et la maladie guérit en quelques jours. Le cas de mort signalé est rapporté à l'hérédo-syphilis de l'enfant et à sa vaccine généralisée. La douleur paraît très variable; cependant, il peut y avoir des troubles de la déglutition. Chez l'adulte, on a noté des accidents fébriles.

Il existe une autre forme, papulo-érosive, dont Marschik a donné un premier exemple, et à laquelle se rapporte le cas de Gottron. Dans ce cas-là on notait des papules assez petites, nodulaires, inflammatoires, évidemment moins vacciniformes que les précédentes. A ce propos, Gottron fait remarquer que selon toute probabilité, on peut rapporter à la vaccine une certaine glossite papuleuse aiguë décrite et figurée par Michelson.

V

Nous n'avons eu aucune difficulté à faire le diagnostic de vaccine de la langue chez notre petit malade. Il en sera vraisemblablement de même toutes les fois qu'on trouvera des lésions aiguës, pustuleuses, érosives de cet organe juxtaposées à d'autres efflorescences typiques du tégument, comme par exemple cela s'est produit dans la première observation de Padieu. Nous ferons remarquer que nous avons observé le malade huit jours après son inoculation, et les lésions qu'il présentait étaient bien plus typiques que celles reproduites par Zurhelle dans une bonne planche en couleurs.

Il peut être beaucoup plus difficile de reconnaître ces lésions lorsqu'elles surviennent chez des adultes, et qu'elles sont isolées. Mais cependant, si l'on songe à l'existence de la vaccine linguale, et si on découvre dans l'entourage immédiat, des porteurs de vaccin, il est vraisemblable qu'on fera le diagnostic.

La forme papuleuse aiguë soulève naturellement des difficultés plus grandes. Mais là encore, l'existence de foyers vaccinaux sur le porteur ou au voisinage permettra de conclure. Mais, on serait terriblement embarrassé, si d'aventure, on se trouvait en présence d'un malade où les données étiologiques font complètement défaut. Dans ce cas, le seul moyen d'acquérir une certitude, sera de recourir à l'inoculation (peau et muqueuse du lapin et du cobaye. Zurhelle).

VI

La pathogénie est simple : il peut s'agir de vaccine initiale ou de vaccine binaire.

Vaccine initiale, peut-être, dans le cas de la femme qui lèche l'enfant; vaccine initiale, possible dans le cas d'inoculation par un lait chargé de Cow-Pox.

Mais ce qu'on rencontre le plus souvent, c'est évidemment la vaccine binaire par auto-inoculation d'un enfant qui se lèche les doigts ou par propagation de proche en proche, etc...

Un mot encore pour dire qu'on n'a pas signalé exactement de *vaccinide linguale*, sauf dans un seul cas d'exanthème polymorphe post-vaccinal.

Conclusion

Il peut être fort utile de connaître l'existence de la vaccine initiale ou binaire de la langue, et le meilleur moyen de la diagnostiquer est d'examiner le porteur ou les alentours du porteur, quand on se trouve en présence d'érosions pustuleuses ou papuleuses, aiguës, circonscrites et bénignes de la langue chez l'enfant ou chez l'adulte.

BIBLIOGRAPHIE

Presque tous nos renseignements sont empruntés aux travaux de divers élèves de E. Hoffmann, et particulièrement : à Zurhelle : *Izolierte Vacci-*

neerkrankung der Zunge Dermatologische Zeitschrift, t. XLV, f. 1-2, p. 28, sept. 25.

Il existe une thèse de Bonn, 1925 : STOLZENBERG, *Vakzine der Zunge*, et une autre de Bonn, 1913 : BAUER, *Ueber Vakzineerkrankungen der Haut*. Cette dernière offre une bonne bibliographie des dermatoses vaccinales.

Plus récent :

GOTTRON : Akzidentelle knötige Vakzineerkrankung der Zunge nebst einigen Bemerkungen zur Glossitis papulosa acuta (Michelson). *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, nº 50, p. 1967, 14 décembre 1929.

Accessoirement :

SEILER : Zur Ætiologie und Pathogenese der postvakzinalen Exanthème. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, nº 42, p. 1511, 19 octobre 1929.

En général, les dermatologistes de langue française laissent de côté les dermatoses vaccinales.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en avril 1930.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

L'organisation de la lutte anti-vénérienne en Angleterre, par A. Bouteillier. *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, n° 4, avril 1930, p. 211.

Dès 1916, le Ministère de l'Hygiène a organisé la lutte antivénérienne par la propagande d'une part, par les organisations de traitement d'autre part. Le traitement est assuré par des organismes multiples : dispensaires dans les hôpitaux soutenus par des contributions volontaires, dispensaires institués et contrôlés par les Conseils de Comtés et les Conseils de Bourgs, traitements antivénériens effectués dans les maternités, dans les crèches, dans les pouponnières ou garderies d'enfants, institutions pour le traitement des filles sans domicile, institutions pour le traitement des femmes enceintes atteintes de maladies vénériennes, organisations de traitement dans les institutions de la « Poor Law ». Ces organisations sont complétées par les laboratoires. Les centres de traitement ont été installés de façon : à pouvoir réunir le maximum de commodités pour les malades, de telle façon que rien ne les empêche de venir consulter et de se faire traites ; à épargner au personnel toute perte de temps et de force ; à avoir un outillage médical approprié et toujours prêt à être employé. Le centre de traitement réalisé à St Thomas' Hospital est remarquable ; il comprend deux sections séparées pour les hommes et pour les femmes. L'activité de ces centres est considérable. Le nombre total des consultations passe de 1.488.514 en 1920, à 2.179.207 en 1927. Nombre croissant de consultations, mais décroissant de nouveaux malades, quoique tendance à une légère recrudescence. Dans l'ensemble vaste organisation très bien conçue, qui a rendu et rend encore de très grands services. H. Rabeau.

Avortements, grossesses et fonctions maternelles chez les prostituées, par J. Lacassagne et H. Pigeaud. *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, n° 4, avril 1930, p. 251.

Deux observations de prostituées ayant eu l'une 9, l'autre 10 gros-

sesses, ont été pour les auteurs le point de départ d'une enquête sur les fonctions maternelles chez les prostituées. 300 femmes ont été interrogées. On a noté 81 avortements. 45 o/o de ces femmes n'ont jamais présenté de grossesse. 75 o/o n'ont jamais présenté de grossesse à partir du moment où elles se sont livrées à la prostitution. Les enfants nés à terme alors que les mères se livrent à la prostitution sont presque tous nés vivants, faits montrant la valeur du traitement spécifique. Ces enfants normaux à la naissance n'ont pas été soumis au traitement spécifique. 75 o/o d'entre eux sont morts au cours des deux premières années. H. Rabeau.

Le Bordet-Wassermann dans la pratique médicale. Nouveaux documents, par A. Schwers (Liège). *Annales des Maladies Vénériennes*, 28e année, no 4, avril 1930, p. 264.

S. a déjà publié sur ce sujet trois articles en 1921, 1923 et 1925. Cette quatrième série d'observations va du 10 avril 1925 au 10 avril 1929 et porte sur 350 malades. Sur 142 malades non-syphilitiques cliniquement le Bordet-Wassermann a été négatif. Les 208 syphilitiques ont donné les résultats suivants :

1° Pas d'altération des réflexes : 24 cas avec 6 Bordet-Wassermann positifs = 25 o/o.

2° Altérations des réflexes type ataxie locomotrice : 36 cas avec 1 Bor-4 Bordet-Wassermann positifs = 3 o/o.

3° Altérations des réflexes du type paraplégie spartique : 148 cas avec 4 Bordet-Wassermann positif = 3 o/o.

Dans l'ensemble, 208 cas avec 11 Bordet-Wassermann positifs = 5 à 5 1/2 o/o.

S. conclut qu'en pratique médicale courante il n'y a pas d'avantage à tirer des indications du Bordet-Wassermann, ni chez les malades en apparence indemnes ni chez les syphilitiques. Pour le diagnostic et le traitement, l'interrogatoire joint à un bon examen clinique lui semblent suffisants. H. Rabeau.

Annales d'Anatomie Pathologique (Paris).

Dégénérescence simulée d'un nævus pigmentaire par coexistence d'un hidroscystome, par A. Tavares. *Annales d'Anatomie Pathologique*, t. VII, no 3, mars 1930, pp. 390-392.

Nævus pigmentaire au voisinage de l'œil gauche chez une femme de 46 ans. Des picotements, un accroissement rapide font songer à sa transformation maligne.

L'exérèse chirurgicale montra l'existence d'un gros kyste sudoripare et de nombreuses formations microkystiques dans un nævus à l'état quiescent. A propos de ce cas, l'auteur rappelle l'opinion de Darier qui pense que l'hidrocystome est la conséquence d'une malformation congénitale de la nature des nævi. A. Bocage.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Hygiène préventive des dermatoses. Le préjugé populaire du dépuratif, par L. Lortat-Jacob. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 3e série, t. CIII, 94e année, 8 avril 1930, pp. 357-361.

La plupart des dermites de cause interne trouvent leur origine accidentelle dans le dépuratif, qui revendique une part importante dans l'étiologie des dysidroses, eczémas papulo-vésiculeux, érythèmes simples, érythèmes bulleux, etc.

L'auteur insiste particulièrement sur les dangers des plantes qui donnent naissance dans le tube digestif à de l'acide salicylique ou à des corps analogues, fréquemment éliminés par la sueur. Ce sont : la reine des prés, des bourgeons de peuplier, la pensée sauvage, la flouve odorante, le mélilot, l'aspérule odorante, le thé de Bourbon (faham), l'écorce de saule blanc. Parfois l'acide salicylique est employé par les brasseurs pour arrêter la glycolyse. A. Bocage.

Bulletin Médical (Paris).

Les traitements actuels de la blennorragie chez l'homme, par Chalet. *Bulletin Médical,* 44e année, n° 18, 26 avril 1930, p. 311.

Bonne revue générale des principales thérapeutiques préconisées contre la blennorragie aiguë ou chronique. C. a moins le désir, dit-il, d'être complet que d'être utile ; il donne en même temps les résultats de son expérience personnelle. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux (Paris).

Placards noueux et érysipélatoïdes au cours d'une streptococcémie, par E. Bernard et Desbuquois. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux,* 3e série, 46e année, n° 13, 14 avril 1930, p. 580.

Femme de 40 ans présentant des signes de septicémie dont l'origine reste indéterminée. Pendant 2 jours aucune localisation, puis douleur des membres inférieurs et apparition de placards rouges, vernissés, rénitents, chauds au palper, évoquant les placards d'érythème noueux. Ces placards s'étendent, acquièrent les caractères de plaques d'érisypèle, mais sans bourrelet net.

Ultérieurement, apparition d'une réaction articulaire qui aboutit à la suppuration. Dans le sang de la malade, on a pu mettre en évidence deux fois le streptocoque hémolytique. La ponction capillaire d'un de ces placards donna une sérosité dont la culture a fait développer un germe identique. H. Rabeau.

Placard érysipélatoïde au cours d'une septicémie streptococcique, par J. Troisier, Boquier et Guilly. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux,* 3e série, 46e année, n° 13, 14 avril 1930, p. 582.

Septicémie streptococcique survenue chez une cirrhotique. Après une phase de latence à 38°, se déclenche une septicémie hyperthermique mortelle avec arthropathies de type infectieux suivies de l'apparition de placard érysipéloïde au niveau de la cuisse.

Streptocoques dans le sang et dans la sérosité du placard. Il ne s'agit pas d'un placard analogue à ceux du visage ; il n'y a pas de bourrelet. C'est un érythème sombre diffus avec infiltration sous-cutanée œdémateuse, avec des contours irréguliers géographiques. La palpation en est douloureuse. L'extension en fut rapide sans adénopathie. H. Rabeau.

Syphilis et vitiligo, érythème prévitiligineux, par Milian, Horowitz et Massot. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 3e série, no 14, 46e année, 21 avril 1930, p. 631.

Tenneson, Thibierge, du Castel, surtout Marie et Crouzon ont été parmi les premiers à insister sur le vitiligo syphilitique. Depuis 1913, dans plusieurs mémoires Milian a montré que le vitiligo est une lésion locale inflammatoire consécutive à une syphilis tertiaire érythémateuse. Les auteurs publient deux observations. L'une d'un cas de vitiligo survenu quatre ans après une syphilis secondaire, l'autre d'un cas en évolution permettant de saisir la phase érythémateuse du placard achromique. « C'est une syphilide dans toute l'acception du terme. Elle en a la couleur, le contenu et l'assise histopathologique ». Les deux malades présentent des placards à limite nettement polycyclique de couleur rosée. Ces érythèmes syphilitiques en nappe ont une évolution centrifuge, caractère particulier des syphilides tertiaires. Enfin on trouve sur coupes les dilatations vasculaires, les infiltrats périvasculaires, la dégénérescence des fibres élastiques si habituelles dans la syphilis.

H. Rabeau.

Comptes Rendus de la Société de Biologie (Paris).

Etude histologique d'une dyskératose, par J. Watrin. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CIII, no 12, 28 mars 1930, pp. 1003-1004.

Il s'agissait de petites tumeurs épidermiques, ombiliquées, d'aspect lobulé, bien délimitées, développées aux dépens du corps muqueux de Malpighi, ayant l'aspect du *molluscum contagiosum*.

L'auteur a constaté l'absence de mélanoblastes dans la couche basale des lobules et la transformation massive des cellules malpighiennes en corpuscules cornés. A. Bocage.

Journal de Médecine de Paris.

La syphilis et les maladies à virus filtrant, par A. Levy Frankel. *Journal de Médecine de Paris*, 50e année, 10 avril 1930, p. 302.

A propos d'une observation « zona, varicelle et paralysie faciale

chez un spécifique méconnu avec sang et liquide céphalo-rachidien positifs » (*Bull. Soc. française de Dermatologie*, nov. 1929, p. 1047), l'auteur pose deux questions : 1° la ponction lombaire est-elle inoffensive dans le zona ? (la paralysie faciale est apparue chez le malade quatre jours après la ponction lombaire) ; 2° la syphilis peut-elle jouer un rôle de mordançage et favoriser l'apparition de maladies à virus filtrants ? H. RABEAU.

Les infections gonococciques génitales d'emblée chez l'homme, par DAVID. *Journal de Médecine de Paris*, 50e année, n° 13, 10 avril 1930, p. 310.

D. admet qu'il existe une variété d'infection gonococcique où l'étape urétrale passe totalement inaperçue et qui ne se révèle que par des localisations génitales soit aiguës soit latentes. Ces infections génitales peuvent persister pendant de longues années avec une contagiosité intermittente.

La preuve de ces faits lui a été donnée par la spermoculture.

H. RABEAU.

Remarques sur le traitement des ulcères de jambes par l'insuline (à propos de dix-neuf cas), par J. GATÉ et BARRAL. *Journal de Médecine de Paris*, 50e année, n° 17, 24 avril 1930, p. 355.

Les auteurs n'ont traité par cette méthode :

1° ni les sujets avec dermite pigmentée et périphérique de Favre, et lésions osseuses ou périostées, signes de syphilis viscérale ou réaction de Bordet-Wassermann positive, pour lesquels le traitement antisyphilitique donnait les meilleurs résultats ;

2° ni les sujets porteurs de varices volumineuses traités par la méthode phlébo-sclérosante ;

3° ni les sujets dont les ulcères s'amélioraient par le simple repos.

Pour ceux qui ne rentraient pas dans ces catégories, le traitement par l'insuline a été administré (injections sous-cutanées quotidiennes de 15 unités). Le traitement agit mieux chez les sujets à hyperglycémie légère. Dans certains cas, en particulier chez les hypoglycémiques, il y aura intérêt à associer glucose et insuline. Dans d'autres, l'insuline devra être associée au traitement étiologique, en particulier au traitement antisyphilitique. Les auteurs ont obtenu par cette méthode d'heureux résultats. Ils insistent sur la nécessité d'un traitement d'entretien pour maintenir cette cicatrisation.

H. RABEAU.

Paris Médical.

L'actinothérapie générale associée aux applications de goudron dans le traitement du psoriasis, par E. DAUBRESSE MORELLE. *Paris Médical*, 20e année, n° 15, 12 avril 1930, pp. 344-346.

Sur une quarantaine de cas traités, l'auteur a constaté une réelle

efficacité de cette méthode, sur des psoriasis ayant résisté aux autres thérapeutiques. Avec des lampes Gallois, brûleur Henri George de 3.000 bougies, séances de durée croissante de deux à quinze minutes à 80 centimètres. Après bain et décapage au savon, les plaques sont recouvertes de goudron à l'aide d'un pinceau et recouvertes d'une bonne quantité de talc, par exemple tous les trois jours, avec bain savonneux hebdomadaire. Sur les parties découvertes, on emploie l'huile de cade et l'ichtyol ; sur le cuir chevelu, l'huile de cade, la résorcine et l'acide pyogallique en lotion alcoolisée.

La guérison survient en 5 à 10 séances.

Les éruptions intenses, étendues, obéissent mieux à l'action du traitement.

Quelques récidives ont pu être blanchies à nouveau.

A. Bocage.

Syphilis sans chancre, par G. Milian. *Paris Médical*, 20e année, n° 17, 26 avril 1930, pp. 375-382.

On ne doit pas la confondre avec la syphilis dont le chancre a été inaperçu ou méconnu. La syphilis sans chancre a été prouvée expérimentalement ; elle est fréquente dans les inoculations au scrotum du lapin.

Chez l'homme, on la rencontre dans quatre circonstances :

1° Dans la syphilis conceptionnelle ; l'auteur en rappelle un beau cas classique, et discute l'observation de Tzanck qui vit apparaître une syphilis secondaire après transfusion du sang de son mari chez une femme qui avait eu antérieurement quatre fausses couches.

2° Dans l'hérédo-syphilis.

3° Par pénétration muqueuse ou cutanée sans effraction : l'auteur rapporte une observation de contagion par le mari *avant* l'apparition de son chancre ; il n'y eut pas de chancre chez la femme, mais une adénopathie inguinale. Une autre observation de Schulmann n'est pas moins caractéristique : apparition d'une roséole sans chancre, ni ganglions chez un étudiant en médecine.

4° Par inoculation veineuse périphérique réalisée avec du sang de syphilitique, expérimentalement sur le lapin et accidentellement chez l'homme par la transfusion. Ici l'auteur rapporte en détails les conditions dans lesquelles existe la contagiosité du sang syphilis primaire, secondaire, tertiaire, avec ou sans Bordet-Wassermann positif, paralysie générale. La roséole apparaît chez le transfusé 60 à 90 jours après l'inoculation.

Discutant la pathogénie dans le cas de syphilisation transcutanée sans chancre, l'auteur fait remarquer que dans ces cas il y a généralement insuffisance du germe envahisseur, soit insuffisance de nombre, soit insuffisance de virulence dans les cas de contagion par un syphilitique déjà traité : il faut tenir compte aussi des défenses du sujet contaminé : ainsi un traitement préventif par le stovarsol a pu empêcher

l'éclosion d'accidents visibles malgré une infection syphilitique révélée par le Bordet-Wassermann positif au bout de 4-5 mois ; d'autre part, la superinfection chez un syphilitique déjà traité donne des accidents secondaires sans chancre. La discussion de chacune de ces éventualités est appuyée d'une courte observation qui l'illustre clairement.

A. Bocage.

Presse Médicale (Paris).

Arthropathies tabétiques et adénosyphilomes de voisinage, par Faure-Beaulieu, Etienne Bernard et Mlle C. Brun. *Presse Médicale,* 38e année, n° 27, 2 avril 1930, p. 455, 5 figures.

L'observation de ces deux malades a fait l'objet de communications à la Société de Neurologie ; il s'agit de malades présentant des arthropathies tabétiques classiques à évolution lente, indolentes sans réaction inflammatoire. Les auteurs ont trouvé des réactions ganglionnaires satellites de ces ostéoarthrites. L'examen histologique de ces ganglions prélevés par biopsie a montré l'existence de syphilome typique ; dans un des cas on a pu mettre en évidence dans la périartère des spirochètes de Schaudinn. On est donc en droit de considérer l'arthropathie comme de même nature, sans intervention de tout facteur neurotrophique. Il y aura lieu de rechercher dans ces cas d'arthropathies tabétiques, la présence de réactions ganglionnaires de voisinage, et de contrôler par la biopsie ces résultats dont l'importance pathogénique est grande.

H. Rabeau.

Les alopécies du cuir chevelu et leur diagnostic différentiel avec la pseudo-pelade de Brocq, par Panagiotis Photinos. *Presse Médicale,* 38e année, n° 27, 2 avril 1930, p. 456, 12 figures.

P. à qui l'on doit un excellent volume sur la pseudo-pelade de Brocq, dit ici comment on doit la différencier des autres alopécies du cuir chevelu. On trouvera aussi dans cet article des indications pratiques et quelques formules classiques de l'Hôpital Saint-Louis.

H. Rabeau.

Les syphilis novarsénorésistantes : études clinique et pathogénique ; déductions pratiques, par J. Nicolas, J. Lacassagne et R. Froment. *Presse Médicale,* 38e année, n° 31, 16 avril 1930, p. 513.

Dès le début de la thérapie arsenicale, Ravaut en 1910 signala ces faits d'arséno-résistance. Depuis ils furent l'objet de nombreux travaux, mais aucune étude d'ensemble n'en avait été faite. Dans ce mémoire, les auteurs montrent l'importance de cette notion d'arséno-résistance responsable, peut-être, pour une part de la recrudescence de la syphilis en certaines régions. Ils l'étudient cliniquement, essaient d'expliquer cette arséno-résistance et sa plus grande fréquence actuelle. La question d'activité du médicament mise à part, le seul moyen de savoir si

l'on doit incriminer le tréponème de l'organisme est d'étudier systématiquement, si cela est possible, comment se comporte la syphilis du contagionnant et celle du contagionné. Cette notion d'arséno-résistance plus fréquente impose une surveillance plus sévère de l'action de la thérapeutique afin de la modifier si elle s'avère douteuse. Plutôt que d'administrer des doses de 914 qui pourraient être dangereuses, et ne seraient peut-être pas très actives il vaut bien mieux faire usage de bismuth, et dans les cas de traitement intensif, faire une cure mixte. La possibilité de cette arséno-résistance devra rendre prudent pour juger d'un traitement d'épreuve, et faire songer à l'éventualité de récidives précoces après un traitement arsenical. H. Rabeau.

Le diagnostic des syphilides tertiaires en « corymbe » du cuir chevelu, par R. Sabouraud. *Presse Médicale,* 38e année, no 32, 19 avril 1930, p. 537.

Les syphilides en corymbe peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic, du fait qu'il s'agit souvent d'une syphilis très ancienne, vieille de 20, de 30 ans, ou d'une syphilis ultra-bénigne qui peut être tout à fait ignorée du malade, et aussi du fait que la séro-réaction est habituellement négative. S. précise les caractères de ces lésions, qu'il sera aisé de différencier, du zona, de l'impetigo, de l'acné nécrotique, des lésions tuberculeuses, de l'épithélioma, et qu'il sera encore plus aisé de guérir une fois le diagnostic fait. H. Rabeau.

Efficacité de la diathermo-coagulation dans le rhinophyma, par A. Bordier. *Presse Médicale,* 38e année, n0 32, 10 avril 1930, p. 538, 5 figures.

La diathermo-coagulation s'affirme comme la meilleure méthode de traitement du rhinophyma, elle donne des résultats esthétiques parfaits. A propos d'un de ces malades, B. décrit l'instrumentation qu'il utilise (pince diathermique bipolaire et fourchette diathermique) et sa technique. H. Rabeau.

La stérilité syphilitique. par P. Bertin et S. Schulmann. *Presse Médicale,* 38e année, n0 35, 30 avril 1930, p. 585, 1 figure.

Les idées sur cette question ont singulièrement évolué depuis le Congrès de 1900, où Barthélémy et Fournier assuraient que la syphilis laisse en général intacte l'aptitude des parents à procréer, jusqu'à ce jour où on a pu écrire qu'en présence d'une stérilité inexpliquée, on devait penser à la syphilis au même titre qu'aux autres causes de stérilité communément admises. Les travaux du Prof. Hutinel la thèse de R. Barthélémy, entre autres, les rapports du IIIe Congrès des Dermatologistes de langue française à Bruxelles en 1926, ceux de B. et S. ont montré les altérations simultanées des glandes endocrines, surtout du fait de l'hérédo-syphilis. Dans ce mémoire, B. et S. présentent une remarquable étude d'ensemble de la question. La vérole, par contamination héréditaire surtout, mais quelquefois par atteinte directe frappe les glandes closes et parmi elles le testicule et l'ovaire. L'adultération de la fonction endocrine agit sur la fonction exocrine, c'est-à-

dire la spermatogénèse et l'ovulation. Dyssécrétion d'abord, altération cellulaire pouvant aller jusqu'à la sclérose. Le diagnostic de la nature de cette stérilité sera souvent difficile. Mais s'il existe le moindre soupçon de syphilis, le traitement d'épreuve devra être institué. Ce traitement devra être bilatéral, régulier, suffisamment actif et prolongé au moins une année. Si une grossesse est obtenue, il faudra continuer le traitement pendant toute la grossesse, et on ne manquera pas de comprendre dans ce traitement l'opothérapie. H. Rabeau.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (Paris).

A propos d'un cas de maladie de Hodgkin, par Alcides Ayroza. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. I, n° 3, mars 1930, p. 262, 2 fig.

Maladie de Hogdkin observée chez une enfant de 5 ans.

Outre les symptômes communs habituels, tels que l'engorgement ganglionnaire, la splénomégalie, la fièvre irrégulière, l'anémie et l'asthénie progressive, on note un érythème maculo-papuleux avec prurit et une hypertrophie amygdalienne consécutive à des maux de gorge répétés. Il est possible que l'inflammation du pharynx ait facilité l'entrée des germes, si l'on admet avec la plupart des auteurs que la maladie de Hodgkin est d'origine infectieuse.

L'examen du sang révèle une légère anémie globulaire, sans modification de la formule leucocytaire.

L'examen histologique d'un ganglion montre des lymphocytes, des plasmocytes, des leucocytes polymorpho-nucléaires éosinophiles abondants et des groupes de cellules arrondies de grandeur variée, à noyaux lobulés et parfois multiples.

L'auteur, qui dans d'autres cas de maladie de Hodgkin confirmée avait pu isoler le *Coryne bacterium*, n'a pas retrouvé ce germe. Il attribue son échec au fait qu'il s'agissait d'un processus chronique localisé très ancien.

L'existence d'une formule leucocytaire normale confirme cette assertion de Sternberg qu'à la lymphogranulomatose ne correspond pas un tableau hématologique spécifique. J. Margarot.

Sur un trichophyton isolé de trois cas de dysidrose des extrémités, par Pedro Weiss. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. I, n° 3, mars 1930, p 277, 5 fig.

A Lima, 50 o/o des personnes adultes de la classe moyenne sont atteintes de dysidrose des pieds et des mains. Elle s'observe surtout au printemps et à l'automne. Une recherche microscopique rigoureuse et un traitement spécifique systématique permettent de classer la plupart des cas dans le groupe des affections mycosiques. La vraie dysidrose est rare sous le climat tropical du Pérou.

Au cours des recherches faites sur 26 malades, l'auteur a isolé chez 3 d'entre eux un hyphomycète. Il s'agissait dans les trois cas d'un

trichophyton qui, d'après la nouvelle classification de Ota et Langeron doit être considérée comme un Sabouraudites, du sous-genre Aleurocloster. J. MARGAROT.

Lyon Médical.

Erythème noueux, érythème polymorphe et tuberculeux, par A. PIC. *Lyon Médical*, t. CXLV, 62e année, n° 16, 20 avril 1930, p 528.

L'auteur conclut que l'origine tuberculeuse de l'érythème noueux, survenant en dehors de toute infection connue ou de toute intoxication évidente, est actuellement démontrée.

Ce serait une forme de rhumatisme tuberculeux.

JEAN LACASSAGNE.

Des modes de coexistence d'une aortite syphilitique avec une endocardite aiguë ou chronique non syphilitique, par GALLAVARDIN et GRAVIER. *Lyon Médical*, t. CXLV, 62e année, n° 17, 27 avril 1930, p. 541.

A la lumière d'observations récentes, les auteurs étudient dans quelles conditions peut s'observer la coexistence chez le même sujet de deux processus originellement distincts, aortite syphilitique d'une part, endocardite aiguë ou chronique non syphilitique d'autre part. Bien que rares, de telles coexistences peuvent se voir et aboutissent à des affections aortiques complexes. JEAN LACASSAGNE.

A propos des éruptions quiniques, par P. CAZENEUVE. *Lyon Médical*, t. CXLV, 62e année, n° 15, 13 avril 1930, p. 43.

A propos des observations publiées par Audry, C. rappelle les nombreuses manifestations cutanées apparaissant chez les ouvriers manipulant les quinquinas pour la fabrication des sels de quinine.

JEAN LACASSAGNE.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

La réaction à l'or dans le liquide céphalo-rachidien avec un hydrosol électropositif (Die Goldsolreaktion des Liquor cerebrospinalis mit elektropositiven Hydrosol), par A. MARCHIONINI et B. OTTENSTEIN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVIII, f. 3, avril 1930, p. 127.

D'après Mellamby et Arwyl-Davies, la floculation de la réaction à l'or est due à l'action des deux groupes d'albumines du liquide — englobuline chargée positivement et pseudo-globuline chargée négativement — sur l'hydrosol d'or électronégatif. Pour le prouver, il convient de remplacer la solution d'or habituelle par une solution électropositive en se servant d'acide sulfurique concentré comme électrolyte dans la série de dilution de la réaction de Lange. La comparaison entre la réaction normale et la nouvelle réaction donne des images inverses. Les précipitations avec un hydrosol négatif correspondent à une action empêchante de l'hydrosol électropositif, et vice versa. C'est la vérifi-

cation des théories de Mellamby et d'Arwyl-Davies. Pratiquement, il n'y a aucun avantage à remplacer l'hydrosol électronégatif par un hydrosol de signe contraire. L. Chatellier.

Le carcinome du lupus vulgaire (Das Lupus-Vulgaris-Karzinom), par A. Jordan. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVIII, f. 3, avril 1930, p. 196.

Jordan réunissant les statistiques d'Ashihara, de Bargues, de Silberstein à la sienne propre, arrive à un total de 462 cas publiés ; il en tire quelques conclusions sur l'âge moyen (maximum entre 40 et 50 ans), la durée antérieure du lupus (entre 10 et 30 ans d'ancienneté), le siège (les joues), etc.

Il essaie de préciser l'influence de la radiothérapie (très élevée dans ses propres chiffres 45 sur 108, mais tous récents).

En résumé, rien de nouveau (l'épithélioma peut être considéré comme la fin normale de tous les lupus qui vivent vieux. N. d. T.).

Ch. Audry.

Fractures tabétiques multiples à siège inaccoutumé (Ungewöhnlicher Sitz multipler Spontanfrakturen bei Tabes dorsalis), par H. Lœhe et N. Nitschke. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVIII, f. 3, avril 1930, p. 150, 4 fig.

Observation et autopsie d'un tabétique de 50 ans : fracture du col huméral avec résorption de la tête, double fracture du fémur avec décollement de la tête, fente et résorption de l'apophyse de l'atlas. Le tout par ostéoporose, résorbtion, etc. Ch. Audry.

Blennorragie des trajets para-uréthraux chez la femme ; une localisation rare (Die gonorrhœ der para-urethralen Gänge bei der Frau, ein Fall seltener Lokalisation derselbers), par E. Langer. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVIII, f. 3, avril 1930, p. 158.

L. insiste sur l'importance de ces petits trajets para-uréthraux de la femme au point de vue de la contagion. 23 fois sur 140, il les a trouvés infectés.

Le cas rare est celui d'un double canalicule développé entre le clitoris et l'urèthre dont le droit mesurait 0,05 de longueur.

L. conseille l'électro-coagulation des trajets comme mode de traitement. Ch. Audry.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur un cas de dermatite par ratanhia (idiosyncrasie au rouge de ratanhia) (Ueber einen Fall von Ratanhia-dermatitis (idiosyncrasie gegen Ratanhia Gerbsäure), par Lewith et Langecker *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 14, 5 avril 1930, p. 477.

Observation d'un homme de 33 ans chez lequel l'usage d'un dentifrice au ratanhia détermina une gingivite violente et une tuméfaction érythémateuse des lèvres. Réaction cutanée à l'épreuve locale du ratanhia. On a pu déterminer que l'action irritante était due au tannin

acide du ratanhia à son « aglycon », c'est-à-dire au rouge de ratanhia.
Ch. Audry.

Action désensibilisante de la lumière ultra-violette pour la guérison d'un eczéma artificiel (dermatite du saxophone) (Die desensibilisicrende Wirkung der Höhensonne als Heilfaktor bei einem Berufsekzem (Saxophon dermatitis), par M. Gellner. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 14, 5 avril 1930, p. 480.

Observation d'un joueur de saxophone qui présenta les accidents d'une violente dermite périorale liée à l'usage d'un saxophone. Une solution alcoolique faite avec le bois de roseau de l'embouchure provoqua une réaction semblable. Le malade guérit par l'emploi de rayons ultra-violets à dose érythème. Nægeli avait déjà vu que les rayons ultra-violets agissaient favorablement sur la dermite causée par la chrysarobine. Ch. Audry.

Coloration des filaments mycéliens en culture (Ueber Farbung von Fadenpilzen in Kulturen), par A. Boss. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 14, 5 avril 1930, p. 482.

On met quelques filaments sur un porte-objet ; on traite pendant 2 minutes par une solution de 10 parties d'antiformine à 25 o/o, mélangées à une partie de lessive de soude. Brève fixation à la chaleur. On sèche sur du papier filtre, on colore rapidement avec le Pappenheim-Unna (modifié par Unna jun.). Ch. Audry.

Réactions intracutanées chez les syphilitiques et chez les non-syphilitiques par le spirotest et le liquide céphalo-rachidien (Ueber Intrakutanreaktionen bei Fallen von Syphilis und nicht syphilis mit Spirotest und Ruckenmarkesflussigkeit), par W. Schutze. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 14, 5 avril 1930, p. 485.

Le spirotest est un produit fabriqué avec des spirochètes syphilitiques morts dans du sérum physiologique additionné de phénol. Les réactions intracutanées qu'il provoque sont égales chez les syphilitiques et les non syphlitiques, et n'ont pas de valeur.

L'auto-inoculation intracutanée de liquide céphalo-rachidien syphilitique ne rend pas de service dans le diagnostic de la syphilis nerveuse centrale. Mais la réaction non spécifique que ce liquide peut provoquer paraît plus fréquente chez les hommes et les animaux fortement pigmentés. Ch. Audry.

Inoculations multiples en cas de charbon (Multiple Hautinfekte bei Milzbrandübertragung), par F. Callomon. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 15, 12 avril 1930, p. 505, 2 fig.

Homme de 57 ans, qui après contact avec le cadavre d'une vache malade, présenta 12 pustules malignes disséminées sur les deux avant-bras et le dos de la main gauche. Guérison en 5 semaines (sérum).

On connaît un assez grand nombre de cas de pustules malignes

multiples ; mais un pareil nombre sur un seul individu est sans exemple.

Il ne semble pas que la multiplicité des pustules aggrave le pronostic. C. donne une statistique de 243 cas avec 15 décès (charbon de la peau). Mais les pustules de la face et du cou ont un pronostic plus sombre. Quel que soit le traitement local adopté, l'emploi du sérum est constamment indiqué. CH. AUDRY.

Sur la concentration des ions hydrogène dans les solutions officinales employées en dermatologie (Ueber die Wasserstoffionenkonzentration der in der Dermatologie verwendeten offizinellen Umschlagwasser), par A. PERUTZ et B. LUSTIG. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 15, 12 avril 1930. p. 509.

Il est intéressant de rechercher quelles sont, parmi les substances employées en applications sur la peau, celles qui conservent leur réaction. L'acidité marche en général de pair avec la concentration en ions H. Seulement on sait qu'un acide perd son acidité proportionnellement à sa dilution, la concentration des ions H tombe beaucoup moins vite ; d'où une dissociation d'autant plus forte que la dilution est plus élevée. Les auteurs étudient les substances qui, après dilution ou après addition d'acide ou de base, ne modifient pas leur *p*H. Ils ont étudié ainsi les variations du *p*H dans l'acétate d'aluminium, dans l'eau de Goulard, dans les solutions d'acide borique et de résorcine. Les diverses solutions montrent un *p*H qui demeure dans les limites du *p*H de la superficie cutanée. Pour l'eau de chaux, interviennent des réactions chimiques qui modifient les rapports des deux *p*H. On peut établir une gradation dans leur activité : en tête l'acétate d'aluminium, puis l'eau de Goulard, l'acide borique et enfin la résorcine. Cette activité d'ailleurs correspond à leur pouvoir bactéricide. L'eau de chaux agit au contraire par la forte alcalinité qu'elle détermine. L. CHATELLIER.

Hérédité dans les Dermatoses. (Erblichkeit bei Hautkrankheiten), par H. HECHT. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 16, 19 avril 1930, p. 533

Ce qui est héréditaire dans le psoriasis ce n'est pas la maladie, c'est la disposition à la maladie. H. a relevé 32 souches familiales fournissant 450 cas de psoriasis, en 2, 3 et 4 générations. 18 fois, la maladie s'observait dans les deux sexes ; dans 13 familles, les mâles seuls étaient touchés. Dans 1 cas, les femmes seules, durant 4 générations.

Du reste, cette disposition héréditaire qui est commune à ces familles peut, ou bien se révéler, ou bien rester latente jusqu'à la fin de la vie. Il est probable que toutes les kératodermies sont dans le même cas : c'est-à-dire héréditaires sous forme de disposition seulement.

CH. AUDRY.

Sur le mécanisme de la balnéothérapie dans la syphilis (Zum Mechanismus der Balneotherapie bei der Syphilis), par N. EFRON et S. ORLOW.

Dermatologische Wochenschrift, t. XC, nos 16 et 17, 19 et 26 avril 1930, pp. 537 et 586.

Voici les conclusions de ces deux articles :

L'emploi quotidien, pendant un mois, de bains sulfureux ou simples à 31°5-33°5 Réaumur pendant 25-30 minutes exerce une influence sur l'évolution de la syphilis expérimentale du lapin. Au bout de 12-18 jours, on note la disparition des tréponèmes et la résorption du chancre. L'action thérapeutique de la balnéothérapie se rapproche de l'effet du traitement bismuthique. Ce dernier a une action stérilisante, au moins pendant un certain temps, tandis que les bains chauds ont pour résultat une évolution sans symptômes cliniques. L'association des deux méthodes se montre supérieure au seul traitement bismuthique. Chez l'homme, la balnéothérapie renforce l'action du bismuth et permet, par conséquent, d'effectuer des cures plus courtes chez les individus peu tolérants. L. Chatellier.

Bases histologiques des résultats thérapeutiques dans les rides cutanées (Die histologischen Grundlagen der therapeutischen Beeinflussbarkeit von Hautrunzeln), par F. Fischl. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 16, 19 avril 1930, p 546, 2 fig.

L'étude histologique des rides et plis de la peau (front, plis des articulations des doigts et des orteils), sur le cadavre et sur le vivant, montre peu ou pas d'altérations morphologiques du tissu élastique papillaire ; mais on trouve, comme Unna l'a déjà indiqué, une dégénérescence de l'élastique sous-papillaire dans toute l'étendue de la peau du front. Les plis et rides ne sont donc pas liés à une raréfaction du tissu élastique, mais ils s'expliquent par une modification dans la nutrition et la circulation du conjonctif. Ainsi se comprennent les heureux effets du massage et l'action de certains corps riches en graisses et en hydrates de carbone que le massage introduit.

L. Chatellier.

Sur la question de la blennorragie (Zur Tripperfrage), par E. Riebes. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 16, 19 avril 1930, p. 551.

La séparation classique en urèthre antérieur et urèthre postérieur, divisés par le sphincter uréthral est une conception que la physiologie, l'anatomie et la clinique n'autorisent guère. A preuve l'apparition au méat de la sécrétion prostato-vésiculaire après massage, et le nettoyage de l'urèthre postérieur avec un simple lavage de l'urèthre antérieur. D'autre part, le gonocoque n'est animé d'aucun mouvement propre et l'inoculation se fait au niveau de la fosse naviculaire. Son extension devrait avoir la rapidité de l'extension d'une culture. Or, on sait avec quelle rapidité l'urèthre postérieur et la prostate sont envahis. Cette propagation s'explique plutôt par la transmission par les lymphatiques, assez turgescents pour en imposer pour des vésicules (autopsie d'une blennorragie aiguë chez un homme mort accidentellement). Il reste à se demander s'il ne serait pas possible d'empêcher

la propagation si rapide du gonocoque en utilisant pour l'urèthre la méthode prophylactique de Credé : injection après chaque coït et dans les trois jours qui suivent d'une solution argentique.

L. Chatellier.

Remarques sur la symptomatologie et le traitement de l'induration plastique du pénis (Bemerkungen zur Symptomatologie und Therapie der Induratio penis plastica), par W. Gent. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 16, 19 avril 1930, p. 554, 1 fig.

Apparition chez un homme de 26 ans d'une induration pénienne, qui détermine une flexion progressive du pénis et empêche le coït. L'érection est douloureuse. Rien dans les antécédents. Traitement par des injections intramusculaires de fibrolysine seule, puis associées à l'olobintin. Guérison.

L. Chatellier.

Lésions de la peau par cercaria ocellata (Hautveranderungen durch Cercaria ocellata), par H. Vogel. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 17, 26 avril 1930, p. 577, 6 fig.

Rappelons que les cercaires sont des larves qui représentent une étape des transformations qui aboutissent aux douves (trématodes parasites qui proviennent de l'évolution de la forme dite rédie, laquelle évolue chez le mollusque d'eau douce, Lymnée). En 1928, Cort a décrit une dermite papulo-pustuleuse prurigineuse causée par l'invasion de cercaire *ocellata* (une schistosomide comme la Bilharzia). On se demande si la dermatose découverte dans l'Amérique du Nord par Cort est de même nature qu'une éruption comparable rencontrée chez les baigneurs des lacs du Holstein ou de Constance (Naegeli). V. a recueilli par centrifugation d'eaux infectées des cercaires qu'il a maintenues appliquées sur la peau de l'homme. Au bout de 24 heures, éruption d'efflorescences ; les coupes permettent de découvrir des cercaires qui ont pénétré sous la couche cornée, et jusque dans les couches les plus profondes de l'épiderme. L'entrée des cercaires n'est pas toujours au niveau des poils ou glandes. V. n'a pas réussi à infecter des rats. On est amené à se demander si *cercaria ocellata* n'est pas une forme de transition d'une bilharzia ayant pour hôte certains oiseaux d'eau. Une cercaire peut survivre un jour dans l'eau, et il semble que ces larves subissent un certain degré de phototropisme positif.

Ch. Audry.

Complications de la blennorragie (Schwankungen im Verlauf der Gonorrhœ), par S. Stümpke. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 17, 26 avril 1930, p. 583, 2 fig.

S. signale une série d'arthropathies blennorrhagiques ; chez un malade, une arthropathie du genou s'accompagna d'un placard hyperkératosique. Il signale aussi une thrombophlébite du pénis, postérieure à une blennorrhagie, et 5 cas d'œdème du prépuce également en série peut-être d'origine thérapeutique.

Ch. Audry.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Le foie dans la syphilis active (The liver in active syphilis), par Irgang et Sala. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXI, n° 4, avril 1930, p. 552.

La réaction de Van den Bergh a permis à ces auteurs de déceler, chez beaucoup de syphilitiques, des hyperbilirubinémies légères ; ils admettent que l'hépatite légère, asymptomatique, est extrêmement fréquente à toutes les périodes de la syphilis, surtout à la période tertiaire. Elle ne constitue pas une contre-indication absolue au traitement arsénobenzolique qui devra, cependant, être appliqué avec la plus grande prudence. S. Fernet.

Lichen scléreux et atrophique (Hallopeau) et atrophies cutanées voisines (Lichen sclerosus et atrophicus and related cutaneous atrophies), par Nomland. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXI, n° 4, avril 1930, p. 575, 10 fig.

Étude du lichen plan atrophique et essai de classification des diverses formes d'atrophies ou de sclérodermies maculeuses qui, sous des noms divers, ont été confondues ou isolées du lichen plan atrophique (lichen albus de Zumbusch, dermatite lichénoïde chronique atrophiante de Csillag, etc.). N. cite trois observations personnelles qui lui paraissent représenter des types correspondant aux descriptions du lichen plan atrophique d'Hallopeau, de la « Kartenblattähnlich » sclérodermie d'Unna et du lichen plan vulgaire avec atrophie. Il expose les éléments du diagnostic différentiel clinique et histologique de ces affections. S. Fernet.

Les céphalées consécutives aux ponctions lombaires (Postpuncture headaches), par Nelson. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXI, n° 4, avril 1930, p. 615, 7 fig.

N. attribue les céphalées consécutives aux ponctions lombaires au suintement du liquide céphalo-rachidien à travers l'orifice fait par l'aiguille dans la dure-mère et à l'abaissement de la pression résultant de la diminution de volume du liquide. Le manomètre lui a permis d'enregistrer cet abaissement progressif de la pression du liquide céphalo-rachidien pendant les jours qui suivent la ponction chez ceux des malades qui présentent de la céphalée. Au cours d'une autopsie, N. a constaté que l'épaisseur de la dure-mère était très variable suivant les endroits et que sa vascularisation était très irrégulière ; il en résulte que, lorsque l'aiguille perfore une région épaisse de la dure-mère ou, lorsqu'en blessant un vaisseau, elle favorise la formation d'un caillot obturateur, le suintement du liquide a moins de chance de se produire que lorsque l'orifice est fait dans une dure-mère fine et non vascularisée. Ces faits expliquent les différences entre les réactions individuelles.

Pour empêcher le suintement du liquide après les ponctions lom-

baires, N. a eu l'idée d'obturer l'orifice dure-mérien au moyen d'un fin catgut, introduit dans la lumière de l'aiguille et laissé dans son trajet après le retrait de celle-ci. Le catgut double de volume dans l'humidité et arrive à combler le trajet de l'aiguille. Il se résorbe ensuite en quelques semaines. Cette technique, expérimentée d'abord sur des animaux, a été appliquée au cours de 102 ponctions lombaires sans aucun incident. La proportion des céphalées, qui normalement était évaluée à 20 o/o des cas, est tombée à 4,9 o/o.

S. Fernet.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Maladie de Raynaud associée à une rétention arsenicale chronique (Raynaud's disease associated with chronic arsenical retention), par Craetzer. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCIV, n° 14, 5 avril 1930, p. 1035.

K. signale l'origine arsenicale d'un cas de maladie de Raynaud ; guérison par l'hyposulfite de soude. S. Fernet.

Le traitement de Hebra par les bains continus (The continuous bath therapy of Hebra), par Riehl (de Vienne). *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCIV, n° 14, 5 avril 1930, p. 1058.

Le traitement de certaines dermatoses par les bains continus, recommandé par Hebra, n'est guère appliqué en dehors de Vienne. Cependant, il constitue une ressource thérapeutique précieuse. Il est vrai que sa réalisation nécessite des installations coûteuses : baignoires spéciales avec appareillage permettant de maintenir l'eau à une température constante, brancard suspendu permettant de plonger le malade à volonté, de le maintenir fixé pendant le sommeil et de le laisser séjourner dans l'eau pendant des jours, des semaines et même des mois.

Les principales indications des bains continus sont : les pemphigus, les brûlures étendues, les eczémas généralisés et les érythrodermies post-arsénobenzoliques, le psoriasis, les escharres sacrées, les radiodermites ulcérées, les prurits généralisés. Alors même que la guérison des malades est impossible (brûlures étendues, pemphigus aigu), on obtient une atténuation considérable des souffrances : les escharres s'éliminent rapidement, les infections secondaires sont évitées, le repos du malade est rendu possible. S. Fernet.

The New England Journal of Medecine.

Le traitement des brûlures de la peau (The treatment of cutaneous burns), par Bancroft. *The New England Journal of Medecine*, vol. CCII, n° 17, 24 avril 1930, p. 811.

B. recommande les pansements humides avec une solution aqueuse d'acide tannique à 5 o/o (tannin offic.). Il se produit sur toute l'éten-

due de la brûlure une membrane tannée qui protège les surfaces dénudées, favorise leur épidermisation et diminue considérablement les souffrances. Un nettoyage rigoureux de la brûlure, au besoin sous anesthésie, est indispensable avant l'application de l'acide tannique. La mortalité par brûlures étendues serait diminuée par ce procédé ; il semble, qu'en précipitant les albumines, le tannin immobilise leurs produits de désintégration, principal facteur de la toxémie.

S. Fernet.

Archivos de Los Hospitales de la Sociedad de Beneficencia de la Capital (*Buenos-Ayres*).

Tuberculose du col de l'utérus (Tuberculosis del cuello del utero), par J. C. Ahumada et O. Prestini. *Archivos de Los Hospitales de la Sociedad de Beneficencia de la Capital*, 3e année, décembre 1929, n° 5, p. 58.

Le cas est intéressant pour deux motifs : 1° à cause de l'erreur de diagnostic à laquelle il a donné lieu ; 2° par l'heureux effet de la curiethérapie sur la lésion cervicale.

On trouve à l'examen clinique un vagin étroit et inextensible dans son tiers supérieur ; les culs-de-sac antéreur et droit sont conservés, les culs-de-sac postérieur et gauche ont disparu. Le col utérin est détruit en partie par un ulcère cratériforme qui admet l'introduction d'un doigt, de surface un peu irrégulière, veloutée, de base dure, élastique. L'utérus est fixé ; son corps est de volume normal ; les annexes sont normales. On porte le diagnostic d'épithélioma du col et l'on fait une application de radium, précédée d'une biopsie, suivant l'habitude du service.

L'examen microscopique révèle qu'il s'agit d'une métrite cervicale avec lésions histologiques de tuberculose.

Cette forme isolée de tuberculose du col, est beaucoup plus rarement observée que les formes associées à d'autres foyers tuberculeux génitaux (endométrite, salpingite, etc.).

Le résultat thérapeutique est des plus favorables mais la guérison définitive ne peut être encore affirmée.

J. Margarot.

Purpura hémorragique aigu de Werlhoff. Guérison par la transfusion sanguine (Purpura hemorragica aguda de Werlhoff. Curacion por transfusion sanguinea), par Roberto C. Bizzozero, H. Aldrei et E. Barcas. *Archivos de Los Hospitales de la Sociedad de Beneficencia de la Capital*, 3e année, n° 5, décembre 1929, p. 71.

Le syndrome débute brusquement une semaine après l'apparition des premières règles et se caractérise :

1° par des hémorragies buccales, des hématémèses, des hématuries et du melæna ;

2° par une éruption purpurique très abondante ;

3° par un état subfébrile ;

4° au point de vue hématologique, par une anémie intense avec valeur globulaire inférieure à l'unité, une thrombopénie accentuée (28.000 plaquettes), un temps de coagulation normal, un temps de saignement (signe de Duke) notablement prolongé et l'irrétractibilité complète de coagulum ;

5° par l'absence de signes de fragilité capillaire (signe du lacet, épreuve de la ventouse, etc., négatives).

Le sexe de la malade, le temps de coagulation normal, l'absence d'antécédents hémorragiques familiaux permettent d'écarter le diagnostic d'hémophilie.

L'absence de douleurs rhumatoïdes, les hémorragies, la thrombocytopénie et le fait d'un caillot absolument irrétractile, le temps de saignement prolongé, autorisent les auteurs à rejeter l'hypothèse de purpura de Schönlein-Henoch ou de péliose rhumatismale.

Aucun argument ne pouvant être invoqué en faveur d'un purpura symptomatique secondaire, le diagnostic s'impose de purpura hémorragique de Werlhoff.

Le traitement hémostatique classique par le chlorure de calcium, le sérum de cheval, la protéinothérapie, ne donnent aucun résultat. Les hémorragies s'aggravent.

En présence d'une anémie inquiétante, on pratique une transfusion de sang citraté de 150 centimètres cubes. L'effet est immédiat. Les hémorragies s'arrêtent et ne se reproduisent pas, l'état général s'améliore, l'anémie se modifie favorablement.

Le nombre de plaquettes, après avoir diminué légèrement, augmente dans la suite et se maintient autour de 600.000.

J. Margarot.

Revista Medica Latino-Americana (Buenos-Ayres).

Lèpre et néoplasies malignes (Lepra y neoplasias malignas), par José J. Puente et Marcial L. Quiroga. *Revista Medica-Americana*, 15e année, février 1930, n° 173.

Sur 700 malades atteints de lèpre, les auteurs ont rencontré 4 cas de cancer, c'est-à-dire une proportion de 5,6 o/o.

Ce chiffre, comme celui de Soeggard et Pineda, dépasse le taux de la mortalité cancéreuse admis dans certains pays. Il serait prématuré de parler de la rareté des néoplasies malignes dans la lèpre, avant de posséder un nombre suffisant d'observations. Contrairement aux affirmations de Leloir, les dermatoses du groupe des réactions cutanées sont rares chez ces malades. Une seule fois sur 700 cas, les auteurs ont vu un lichen rouge plan. Il s'est montré au cours d'une forme mixte maculo-nerveuse. L'eczéma est rare ; les dermites chimiques provoquées sont bénignes et évoluent rapidement. Le psoriasis n'a jamais été observé. Par contre, les dermatoses parasitaires (gale, mycoses, etc.) sont d'observation courante. Dans les cas de syphilis asso-

ciée (dont le Wassermann est rendu négatif par le traitement spécifique) les auteurs n'ont jamais trouvé d'éléments dermatologiques du type tuberculeux ou gommeux. Soeggard insiste sur la résistance spéciale de ces malades aux infections staphylococciques.

J. Margarot.

La Semana Medica (Buenos-Ayres).

Le problème actuel de la lèpre (El problema actual de la lepra), par Enrique P. Fidanza. *La Semana Medica*, 37e année, n° 10, 6 mars 1930, p. 577, 15 fig.

Dans une conférence faite à Santa Fé le 25 septembre 1928, l'auteur expose l'état des connaissances actuelles relatives au problème de la lèpre dans la République Argentine et spécialement dans la province de Santa Fé.

En 1906, le nombre des lépreux vivant sur le territoire de la République avait été fixé approximativement à 724. De 1910 à 1921, l'augmentation est évaluée à 50 o/o. Le total des cas est actuellement impossible à fixer. Il s'élève certainement à plusieurs milliers.

D'après une carte dressée en 1904 par Jeanselme, seuls dans l'Amérique du Sud, l'Argentine, le Chili et l'Uruguay étaient indemnes à cette époque. Cette notion n'est plus exacte aujourd'hui. La lèpre s'est étendue à toute la République.

Sa distribution dans la province de Santa Fé se fait sous forme de foyers situés dans les centres les plus peuplés. Suivant la règle énoncée par Roggers au Congrès de Strasbourg, elle se développe dans la zone fluviale ; elle suit en particulier le cours du Parana.

Si l'on en croit des documents anciens, la maladie aurait eu Santa Fé comme point de départ.

J. Margarot.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Sur l'étiologie, le traitement et la pathogénie du prurigo. Nerfs du prurit (Zur Ætiologie, Therapie und Pathogenese der Prurigo. Jucknerven), par Schürer Waldheim. *Wiener Klinische Wochenschrift*, t. XLIII, n° 16, 17 avril 1930, p. 494.

Après diverses considérations (rôle du lait cuit, utilité de la simple huile d'olive pour le traitement, etc.), S. W. émet l'hypothèse que des poisons mis en circulation dans l'intestin viennent irriter les extrémités nerveuses : mais lesquelles ? Dans un cas de Bernhard, une poussée de prurigo fut observée chez un enfant présentant une paralysie infantile, où le prurit manqua sur le membre paralysé, sans qu'on observât ni troubles de la sensibilité, ni troubles vaso-moteurs. Dans 2 cas de syringomyélie, avec anesthésie, sans douleurs ni thermo-anesthésie, la poudre à gratter engendrait du prurit sur les surfaces

anesthésiées. S. W. conclut qu'il existe des nerfs spéciaux pour la sensation du prurit. CH. AUDRY.

Annaes Paulistas de Medecina y Cirurgia (Sao Paulo).

Diagnostic étiologique de la syphilis dans les tumeurs abdominales (Diagnostico etiologico de lues nos tumores abdominees), par LEMOS TORRES. *Annaes Paulistas de Medecina y Cirurgia*, vol. XXI, nº 2, février 1930, p. 33 et nº 3, mars 1930, p. 45.

Le diagnostic de la syphilis des organes abdominaux est difficile. Il exige la connaissance parfaite des diverses affections de ces organes. Un aspect clinique un peu anormal, une évolution parfois singulière peuvent orienter le médecin vers la recherche de cette étiologie spéciale. L'auteur établit la valeur de cette notion par des exemples concrets se rapportant à diverses maladies du foie, des reins, de la rate, du pancréas, des ganglions mésentériques, de l'estomac et de l'intestin.

D'une manière générale, le diagnostic de la nature syphilitique d'une tumeur abdominale se fonde sur les éléments suivants :

1° signes de lésions spécifiques de la peau, des muqueuses ou des viscères ;

2° évolution irrégulière de l'affection qui tantôt s'améliore, tantôt s'aggrave sans cause apparente ;

3° diminution du volume de la tumeur, indépendante du traitement ;

4° augmentation du volume de la rate sans cause évidente ;

5° frottements péritonéaux, symptomatiques d'une péritonite localisée (périsplénite, périhépatite) ;

6° réaction de Wassermann positive ;

7° absence d'éléments autorisant une autre hypothèse étiologique.

On ne possède cependant aucune règle absolue, ni aucun signe entraînant la certitude. Chaque cas doit être envisagé individuellement, *de meritis*, comme dirait un juriste.

Pour conclure :

1° une réaction de Wassermann positive, par elle seule, indique à peine que l'individu est syphilitique ;

2° cette réaction, considérée d'une manière exclusive, n'apporte aucun éclaircissement sur l'étiologie de l'affection abdominale ;

3° négative, la réaction de Wassermann n'infirme pas *ipso facto* la nature syphilitique de l'affection abdominale ;

4° le diagnostic étiologique d'une affection abdominale syphilitique se fait rarement de première main. En général, c'est l'examen critique de quelques signes ou symptômes en contradiction avec le diagnostic primitif qui permet de soupçonner la syphilis ;

5° il faut au moins un diagnostic de possibilité pour instituer un traitement *ex juvantibus* ;

6° celui-ci doit être approprié, suffisamment énergique et assez prolongé pour donner un résultat positif.

J. Margarot.

Boletin del consejo nacional de Hygiene (Montevideo).

Prophylaxie de la lèpre. Projet de loi du Conseil National d'Hygiène. Enquête faite par le Docteur Guillermo Rodriguez Guerreo (Profilaxis de la Lepra. Proyecto de ley del consejo nacional de higiene. Encuesta realizada por el Doctor Guillermo Rodriguez Guerrero). *Boletin del consejo nacional de Higiene*, août-septembre 1929, 70 p.

Le projet de loi prévoit l'interdiction de pénétrer dans le pays pour toute personne atteinte de lèpre, la déclaration obligatoire de l'affection par les médecins, l'isolement des malades à domicile ou dans des colonies spéciales, leur séparation d'avec leurs enfants, l'examen périodique des personnes qui ont vécu avec eux.

L'exposé des motifs met en évidence l'augmentation considérable du nombre des lépreux dans l'Uruguay. De 47 en 1898, ils sont passés à 78 en 1901, à 180 en 1904, à 197 en 1922 et finalement à 237. D'autre part, il est démontré que la lèpre est une maladie que l'on peut faire disparaître d'un pays hygiénique bien organisé.

L'enquête faite par G. R. Guerrero du mois de mai 1928 au mois d'avril 1929 a rencontré de nombreuses difficultés. 925 médecins sur 967 ont répondu. Le nombre des déclarations s'élève à 592. On compte parmi les malades les deux tiers d'hommes et un tiers de femmes. Les formes nerveuses représentent 56 o/o des cas, les formes mixtes 28 o/o et les formes tubéreuses 16 o/o.

En ce qui concerne la distribution géographique, les déclarations des dernières années portent surtout sur des cas observés dans les départements du littoral. Montevideo en compte 87.

Dans la deuxième partie de son travail, G. R. Guerrero expose les notions générales qui peuvent permettre d'établir un plan de lutte antilépreuse dans l'Uruguay.

La lèpre est contagieuse ; mais on ignore complètement le mécanisme de la contagion. De nombreuses personnes vivent avec des lépreux sans contracter la maladie, tandis que d'autres, heureusement très rares, sont contaminées par un contact fortuit.

Il est cependant indubitable que l'homme transporte le germe d'un lieu à un autre, que l'infection exige pour se propager un contact intime et prolongé, qu'elle n'atteint pas les animaux et que le bacille de Hansen ne paraît pas pouvoir se reproduire en dehors de l'organisme vivant.

La transmission se fait surtout par des lésions lépreuses ouvertes, riches en bacilles (rhinite, lépromes ulcérés). Par contre, les ulcérations trophonévrotiques, dépourvues de bacilles sont moins dangereuses. On sait également que la salive, les matières fécales, les sécrétions con-

jonctivales, vaginales, urétrales et le sperme contiennent des bacilles en quantités variables.

La contagion résulte de l'intimité, de l'usage d'objets intimes (vêtements, chaussures, objets de toilette).

Le rôle des insectes n'est pas déterminé bien que Marchoux ait fait des expériences très suggestives relativement au rôle des mouches dans la transmission de la lèpre des rats.

La densité de la population exerce une influence indubitable sur la propagation de la maladie. On a soutenu que chez les peuples où elle tend à se développer et chez ceux qui ne lui opposent pas de barrières sérieuses, la lèpre augmente en progression géométrique quand la densité de la population croît en progression arithmétique. La facilité des moyens de communication joue également un rôle prépondérant dans les progrès de la maladie.

La contre-épreuve est donnée par les excellents effets de l'isolement des sujets contaminés.

L'enquête a révélé trois cas de lèpre apparus dans trois familles distinctes, qui ne se connaissaient pas, qui n'avaient entre elles aucun lien de parenté et qui avaient occupé successivement une même maison dans l'espace de 25 ans.

La doctrine de la transmission héréditaire de la lèpre doit être abandonnée. Les enfants séparés de leurs parents malades restent sains. Il est cependant admissible qu'ils héritent d'un terrain sensibilisé, favorisant une contagion ultérieure. La lèpre infantile est cependant assez rare.

Il existe de grandes différences entre les idées anciennes relatives à la prophylaxie de la maladie et les principes directeurs actuels de la lutte antilépreuse.

La lèpre était considérée jadis comme une affection extrêmement contagieuse ; elle présentait pour l'espèce humaine un danger dont l'importance n'était comparable à celui d'aucune des maladies connues.

Les sujets contaminés étaient séparés du monde dans des léproseries isolées, d'accès difficile. Ils ne recevaient aucune visite, n'écrivaient à personne. « Tout tendait à faire de la léproserie une véritable mare stagnante de mort au milieu du torrent de la vie » (Pena).

Les idées prophylactiques actuelles mettent au premier plan la déclaratio obligatoire de la maladie et l'isolement, mais cet isolement ne doit pas nécessairement se faire dans une léproserie. Les malades peuvent être laissés dans leurs familles sous certaines conditions ou traités dans une colonie ou un asile de séjour agréable, doté de tout le confort désirable, situé à une distance suffisante des grands centres urbains, mais non excessive (à plus de 10 kilomètres et à moins de 30). L'assistance médicale s'en trouve facilitée et les malades conservent les relations indispensables avec le reste de la société. On ne doit pas interdire le mariage entre lépreux, mais uniquement séparer dès leur naissance les enfants de leurs parents.

La léproserie doit satisfaire à toutes les nécessités matérielles de la vie, assurer des soins médicaux parfaits et pourvoir en outre aux besoins spirituels des malades (livres, distractions, habitudes religieuses, jeux, etc.).

Les heureux effets de l'isolement sont complétés par les bons résultats du traitement, qui guérit certains lépreux, en améliore un grand nombre, mais surtout (ce qui est particulièrement important au point de vue social) cicatrise les lésions ouvertes et tarit les sécrétions riches en bacilles, partant très contagieuses.

Comme corollaire de l'isolement une surveillance étroite doit être exercée sur toute famille au milieu de laquelle a vécu un lépreux.

G. R. Guerrero conclut en disant que le problème de la lèpre peut être facilement résolu dans l'Uruguay par une loi très simple établissant le traitement et l'isolement obligatoires des sujets contaminés.

J. Margarot.

São Paulo Medico.

Paralysie générale atypique et malariathérapie (Paralysia geral atipica e Malarioterapia), par Austregesilo Filho. *São Paulo Medico*, 2e année, février 1930, n° 4, p. 649.

Cas de paralysie générale d'évolution atypique aggravé par la malariathérapie et terminé par la mort du malade (ictus).

On trouve à l'autopsie une grande hémorragie du sinus longitudinal avec inflammation de la dure-mère, ainsi qu'un processus de méningo-encéphalite typique à côté de lésions syphilitiques tertiaires.

A. F. conclut que la malaria a été dans ce cas la cause principale de la transformation du processus paralytique.

Les chocs pyrétogènes, en particulier l'inoculation du paludisme, sont capables de réaliser cette transformation des lésions parenchymateuses malignes diffuses en une forme de syphilis tertiaire, plus bénigne, d'où la nécessité d'instituer dès la première série d'accès un traitement spécifique par les agents habituels (bismuth, mercure, iode, arsenic), choisis d'après les indications cliniques.

J. Margarot.

Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia (Bologne).

Sur un cas de mycosis fongoïde, par E. Freund. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. V, fasc. 5, avril 1930, p. 403, 9 fig. Bibliographie.

L'auteur a eu l'occasion de traiter un cas de mycosis fongoïde qui s'est terminé par la mort, ainsi qu'il est trop habituel. Il en fait une étude très détaillée que nous passerons sous silence, attendu que les

lésions, dans leurs caractères cliniques et histologiques, ne différaient en rien de ce que nous apprennent les descriptions classiques.

Ce qu'il y a eu de particulier dans ce cas, c'est l'évolution. En effet, tout au début, on pouvait avoir quelque espoir d'un bon résultat thérapeutique. La malade était jeune (32 ans), robuste, de bon état général, avec des lésions encore peu avancées et un examen du sang très satisfaisant (6 millions de globules rouges et 95 o/o d'hémoglobine). Sitôt que fut institué le traitement radiothérapique, cependant appliqué avec beaucoup de prudence, on la vit décliner, au point qu'il fallut interrompre rapidement l'emploi de ce moyen thérapeutique et d'autres tentatives de radiothérapie nécessitées par l'aggravation continuelle aboutirent au même insuccès.

Et cependant l'autopsie ne révéla aucune propagation du processus aux organes internes, ni aucune trace de dégénérescence maligne en lymphosarcome, qui sont les deux facteurs habituels d'aggravation du mycosis fongoïde et d'accélération de son évolution fatale.

Sur les causes de cet insuccès, F. déclare ne pouvoir formuler aucune opinion nette. Il fait remarquer que déjà d'autres auteurs et notamment Zumbroeck, un des plus autorisés en cette matière se sont montrés peu enthousiastes pour la cure radiologique du mycosis fongoïde. On attribue généralement les effets défavorables à une intoxication aiguë par des albumines hétérogènes provenant de la destruction par les rayons des éléments de la tumeur ou par des endotoxines provenant d'un agent pathogène supposé.

Mais cela ne concorde pas avec le fait que certains sujets supportent au contraire fort bien la radiothérapie employée à doses énormes.

Il faut donc admettre l'existence de certaines réactions particulières, encore inconnues, chez certains sujets. Cet échec ne doit pas faire renoncer aux rayons X qui sont actuellement le seul moyen qui puisse donner quelque espoir de guérison. Mais il doit attirer l'attention sur la prudence avec laquelle doit être maniée la radiothérapie. Et surtout, il faut que son emploi soit aussi précoce que possible, et dans les cas suspects, il ne faut pas tergiverser avant de faire la biopsie qui seule permet de faire un diagnostic sûr. C'est le tort qu'avait eu la malade de F. qui d'abord, ne s'était pas inquiétée assez tôt de manifestations cutanées d'apparence banale et ensuite, s'était tout d'abord opposée à la biopsie, quand les soupçons de M. F. furent éveillés.

BELGODERE.

L'influence des radiations ultra-violettes sur le comportement des intradermo-réactions avec la tuberculine, la trichophytine et la peptone et de la réaction percutanée avec l'ektebine, par Emilio CORTELLA. *Archivio italiano di Dermatologia Sifilografia e Venereologia*, vol. v. fasc. 5, avril 1930, p. 426. Bibliographie.

Dans ces dernières années, on s'est beaucoup occupé des modifications que la lumière solaire pouvait apporter à la réactivité cutanée, et spé-

cialement à la réactivité à la tuberculine, question sur l'importance théorique et pratique de laquelle il serait superflu d'insister. Mais les divers expérimentateurs ont obtenu des résultats assez contradictoires ce qui tient, entre autres raisons, à ce que, d'une part on ne peut pas doser à volonté la lumière solaire, d'autre part, à ce que, à l'action actinique, viennent s'ajouter d'autres facteurs : pression barométrique, état hygroscopique, altitude, etc.

C. a entrepris des expériences de contrôle qui ont porté sur 72 sujets, chez lesquels la réactivité cutanée a été étudiée au moyen des rayons ultra-violets qu'il est possible d'employer dans des conditions constantes.

Ces sujets étaient soumis à des intradermo-réactions à la tuberculine, à la trichophytine et à la peptone, comparativement sur des régions irradiées et non irradiées. Chez un certain nombre de sujets fut expérimentée aussi la réaction percutanée par les frictions d'Ektebine.

Ces recherches ont donné les résultats suivants :

1. Les ultra-violets, en irradiations générales, au bout de 7-12 séances, d'une durée totale de 90-120 minutes, *atténuent* dans la peau irradiée, la réaction à une injection intradermique de tuberculine, de trichophytine ou de peptone, chez *la plupart* des sujets irradiés. Chez quelques-uns cependant, il y a au contraire, soit exaltation des réactions, soit influence nulle.

2. Ces mêmes irradiations, à doses plus faibles, soit de 1 à 3 séances de durée totale 15-30 minutes *exaltent au contraire* la sensibilité et la capacité réactive de la peau irradiée.

3. Chez un certain nombre de sujets irradiés (19 o/o) l'intensité de la réaction à la tuberculine s'atténue, même sur la peau non irradiée, au bout d'un certain nombre de séances ; par exemple : 12-14 séances de durée totale 120 minutes.

4. La réaction à la tuberculine s'atténue plus rapidement dans la région irradiée que dans la région non irradiée, de sorte que, au bout de quelque temps, cette réaction n'est plus visible que d'un seul côté.

5. Les effets des radiations ultra-violettes sur la peau sont de peu de durée ; au bout de 5 à 6 semaines, la réactivité redevient égale dans les zones irradiées ou non.

6. Pour la trichophytine et la peptone, la réaction de la zone non irradiée reste le plus souvent pareille à ce qu'elle était avant l'irradiation (générale).

7. L'addition d'adrénaline ou d'atropine à la tuberculine n'a pas paru modifier la réaction.

8. La réaction aux frictions d'Ektebine a eu un comportement particulier : cette réaction a montré toujours une plus grande acuité dans la peau irradiée, quelle qu'ait été la durée des séances totalisées.

Ces résultats montrent bien que les modifications qui s'observent dans les réactions cutanées à la tuberculine, à la suite des irradiations ultra-violettes sont dues *au facteur local cutané*, aux modifications anatomiques et biochimiques apportées par les irradiations et non à

une action à distance. Cependant, on ne peut pas exclure absolument toute action à distance puisque, dans quelques cas, on a vu la réactivité se modifier même sur des parties protégées. Il semble que l'on doive dans ces cas faire intervenir des modifications d'*ordre général*, produites par les ultra-violets.

Rien d'étonnant à ce que des modifications de la réactivité soient dues à des facteurs locaux, attendu que l'on sait bien que les ultra-violets et d'autres radiations provoquent, après une application de durée suffisante, des érythèmes, et, dans la constitution de la peau des altérations histologiques aujourd'hui bien connues, des modifications dans la production des ferments, dans la consommation d'oxygène, etc.

Ce qui reste assez obscur, c'est le résultat paradoxal obtenu par l'Ektebine. C. formule à ce propos diverses hypothèses entre lesquelles il ne croit pas pouvoir se prononcer. BELGODERE.

Adénomes sébacés multiples type Balzer-Ménétrier (Nævus épithélioma-to-kystique du visage), par F. NARDUCCI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. V, fasc. 5, avril 1930, p. 457, 5 fig. Bibliographie.

Le cas rapporté est intéressant surtout par sa rareté, car les cas publiés d'adénomes sébacés du type Balzer ne dépassent pas la vingtaine, tandis que ceux du type Pringle atteignent 200. Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans chez laquelle de petites tumeurs cutanées sessiles et hémisphériques, jaunâtres, d'un volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois, de consistance ferme et élastique, siégeaient surtout à la limite du cuir chevelu, soit : au front, aux tempes, aux régions rétro-auriculaires, mais il y avait aussi quelques éléments aberrants au cou, aux épaules, au dos, à la région deltoïdienne. Pas de disposition symétrique, aucun trouble psychique. On ne peut pas se renseigner sur le caractère familial de l'affection, cette jeune fille étant *una trovatella* (enfant trouvée). Examen histologique révélant des amas cellulaires de forme arrondie ou ovoïde, de volume variable, dont l'aspect révèle clairement l'origine épithéliale, et on ne peut déceler aucun point de contact qui permette d'attribuer à ces amas cellulaires une provenance de l'épiderme ou des annexes de la peau. Le diagnostic d'adénomes sébacés du type Balzer-Ménétrier s'impose par les caractères suivants : volume accentué des nodules, leur couleur, leur siège à la périphérie du visage plutôt qu'au centre, l'absence de symétrie, la présence sur leur surface de petits points semblables à des grains de milium. Ces caractères différencient nettement le cas observé des adénomes du type Pringle, dans lesquels il y a en outre des troubles psychiques et du système nerveux, et concomitance de lésions næviques du type Recklinghausen.

Plus caractéristiques encore sont les signes histologiques, puisque dans les adénomes de Pringle, il existe des éléments glandulaires sébacés, fibro-hémo-angiomateux, trichomateux qu'on ne rencontrait pas

dans le cas rapporté par N. Il en résulte donc, comme il a été déjà dit, que le terme d'adénomes, proposé par Balzer, et imposé par l'usage, est absolument impropre. Il s'agit en réalité de *formations nævoiques*, dans le sens de Brocq, c'est-à-dire « de difformités cutanées circonscrites, d'origine embryonnaire ». Pasini a proposé la dénomination de « nævus épithéliomateux kystique du visage ».

Chez la malade de N., ce qu'il y a aussi de remarquable, c'est la dissémination des petites tumeurs dans des régions telles que le dos, l'épaule, la région deltoïdienne, ce qui est rare, même dans les cas de cette affection déjà rare par elle-même.

En tout cas, cette observation vient renforcer la conception *dualiste* des adénomes sébacés, réunis dans les traités classiques dans une seule description. BELGODERE.

Troubles de la glycorégulation chez les luétiques, par G. SANTOIANNI, *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. V, fasc. 5, avril 1930, p. 469. Bibliographie.

Les rapports entre la syphilis et le diabète et, en général, avec les mécanismes glyco-régulateurs, sont obscurs, complexes et très discutés. S. fait l'historique des considérables recherches qui ont été suscitées par ce problème qui a été particulièrement étudié en Italie par Candorelli. Il passe en revue les diverses théories qui ont été proposées pour expliquer les variations de la glycémie, et il insiste en particulier sur l'importante notion du sucre *libre* et du sucre *combiné*. Il discute les diverses théories, discussion complexe qui ne saurait se résumer. Enfin, il expose ses recherches personnelles, qui ont porté sur 25 sujets à différentes étapes de la syphilis. Examen individuel et discussion de chacun de ces cas. Voici les conclusions de ce travail :

1. Le taux glycémique à jeun s'est maintenu dans des limites presque normales dans les cas de syphilis primaire avec Bordet-Wassermann positif, de syphilis tertiaire, et dans les périodes de latence. Des valeurs légèrement hypoglycémiques ont été constatées dans 4 cas d'hérédo-syphilis, alors que, sur 10 cas de syphilis secondaire, tous avec des manifestations cutanées et muqueuses contagieuses, 5 ont présenté une nette hyperglycémie, avec des valeurs variables de 1 gr. 21 p. 1.000 à 1 gr. 64 p. 1.000 ; 2, des valeurs normales ; 1, un taux un peu supérieur à la normale ; 2, des valeurs légèrement hypoglycémiques.

2. Sauf dans un petit nombre de cas, dans presque tous, la courbe de la glycémie alimentaire a eu une évolution normale ; mais c'est surtout dans la période secondaire, c'est-à-dire dans la période septicémique de l'infection luétique, que se sont montrés plus accentués et intéressants les troubles de la glyco-régulation, décelés par cette épreuve de la glycémie alimentaire : 4 sur 10 des cas étudiés ont présenté une courbe glycémique paradoxale.

3. Dans la majeure partie des cas, les courbes glycémiques se sont

développées avec un mécanisme physiopathologique, dans lequel apparaît évidente une irritabilité accentuée de la fonction glycogénique du foie, et une décharge insulinique secondaire rapide ou retardée. retardée.

4. Le comportement du sucre combiné a fait relever, au point de vue statique, des pourcentages assez élevés par rapport au sucre libre, dans toutes les périodes de l'infection luétique, atteignant des valeurs très élevées dans certains cas de syphilis secondaire et héréditaire ; au point de vue dynamique, des courbes en général irrégulières et capricieuses dans tous ces cas dans lesquels la courbe du sucre libre s'est manifestée avec un mécanisme plus ou moins pathologique.

5. Dans toutes les périodes de l'infection luétique, mais spécialement dans la période secondaire, il existe donc des perturbations évidentes de la glyco-régulation, décelables par le comportement de la courbe glycémique à la suite de l'ingestion de doses même minimes de glucose (20 gr.). De telles perturbations ne doivent pas être considérées exclusivement comme l'expression de l'insuffisance fonctionnelle du foie ; mais elles doivent au contraire être tenues, selon les conceptions modernes, comme le produit d'altérations organiques ou généralement de simples troubles fonctionnels, que l'infection luétique, particulièrement dans la période septicémique, est capable de provoquer dans tout ce système complexe qui régit le métabolisme des hydrates de carbone. BELGODERE.

Il Dermosifiligrafo (Turin).

Syphilis et alcoolisme, par PICCARDI. *Il Dermosifiligrafo*, 5e année, no 4, avril 1930, p. 217.

P. rappelle les principes établis par Fournier il y a 40 ans sur l'influence aggravante que l'alcoolisme imprime à l'évolution de la syphilis. Mais depuis cette époque, des facteurs nouveaux sont intervenus qui justifient une revision de ces données. D'une part, l'alcoolisme a diminué, et surtout en Italie, où il a du reste été toujours moins répandu qu'en France ; d'autre part, des moyens thérapeutiques nouveaux, beaucoup plus efficaces que ceux dont on disposait du temps de Fournier, sont venus modifier profondément l'aspect de la syphilis.

P. a dépouillé 1.800 observations de syphilitiques traités dans sa Clinique depuis 20 ans, c'est-à-dire depuis l'intervention de la thérapeutique arsénobenzolique et il a relevé 234 cas de syphilis grave sur lesquels il y avait 37 alcooliques et 197 non alcooliques.

Il résulte de ses statistiques que l'action néfaste de l'alcool se vérifie nettement dans les cas de syphilome initial, dans les syphilis secondaires et dans les manifestations cardio-vasculaires. L'alcool, par contre, ne paraît pas exercer d'action particulièrement nocive dans le déterminisme de la syphilis cérébrale, du tabès et de la paralysie générale.

Ce qui rend du reste le rôle de l'alcool difficile à apprécier, c'est qu'un autre facteur entre en jeu : l'intensité et la régularité du traitement suivi, de sorte que, chez un alcoolique atteint de manifestations syphilitiques graves et mal soigné, il est difficile de dire si la gravité des accidents doit être imputée à l'alcool plutôt qu'à l'insuffisance du traitement ; il semble bien que c'est plutôt ce dernier facteur qui doive être incriminé, au moins dans 75 o/o des cas, et spécialement dans les manifestations splanchniques.

Quel est le traitement qui réussit le mieux à empêcher chez les alcooliques l'aggravation de la syphilis ? On obtient de bons résultats, même dans ces cas, avec la vieille méthode iodo-mercurielle. Mais les cures arsénobenzoliques intraveineuses, suivies pendant un temps suffisamment prolongé, et espacées à intervalles convenables, réussissent encore mieux, au point que, chez les malades convenablement traités par ce moyen, on ne peut plus dire que l'alcoolisme soit aujourd'hui, comme il l'était autrefois, un facteur de gravité de la syphilis. Il faut faire exception pour la paralysie générale qui n'a pas diminué, mais aurait plutôt augmenté, ce que l'auteur attribue aux nombreux cas de syphilis de guerre mal soignée, et non à une influence nocive spéciale de l'arsénobenzol, comme le voudraient quelques aliénistes.

On a dit aussi que l'alcoolisme favorisait l'intolérance arsenicale : les statistiques de P. ne démontrent rien de semblable ; les alcooliques supportent l'arsénobenzol, aussi bien que les non-alcooliques.

Enfin, le comportement des réactions sérologiques chez les buveurs n'a révélé rien de particulier. BELGODERE.

Sclérodermie et atrophie en plaques chez un sujet hypo-développé. Intéressante constatation histologique, par G. BERTACCINI. *Il Dermosifilografo*, 5e année, n° 4, avril 1930, p. 229, 5 fig.

Observation d'une fillette de 9 ans, née d'une mère tuberculeuse, peu développée, qui présentait sur différents points du tronc des plaques sclérodermiques et atrophiques, dont l'une, notamment, remarquablement développée et à disposition métamérique, au niveau de l'aisselle gauche. B. fait une description de ces lésions, qui, dans l'ensemble, répond bien aux descriptions classiques de la sclérodermie localisée en plaques ou en bandes. Mais quelques particularités sont cependant à noter.

La plus grande de ces plaques était achromique, blanche, mais avec des teintes variables suivant les points, et elle était entourée d'un ourlet brun pigmenté, sa surface était chagrinée, rugueuse, ne faisait saillie sur aucun point et était même un peu déprimée.

Une autre plaque, plus petite, avec des caractères analogues, était par contre *plus dure*, d'une induration parcheminée.

Une troisième, au niveau du pubis, offrait l'aspect d'une plaque de vitiligo au stade initial, c'est-à-dire achromie légère, avec teinte blanc-rosé, pas d'hyperchromie périphérique, surface lisse, aucune trace

d'infiltration ou d'induration, et, tout autour de cette plaque, la peau est parsemée de petites macules qui offrent le même aspect et semblent être des prolongements et des avant-gardes du processus atrophique.

A l'examen histologique : atrophie, dyschromie, sclérose, infiltration. Dans tous les fragments examinés, il y avait une atrophie plus ou moins marquée de la couche de Malpighi, disparition ou réduction des bourgeons interpapillaires et par suite des papilles, grande diminution du pigment dans la couche basale, sauf au niveau des ourlets hyperchromiques, où le pigment était au contraire surabondant. Dans le derme papillaire, il y avait aussi des aspects d'atrophie plus ou moins marquée, qui allait d'une simple hypo-colorabilité avec tendance à l'homogénéisation jusqu'à une extrême réduction de hauteur, avec aspect vitreux. Les fibres élastiques diminuées ou disparues dans le derme papillaire, sont au contraire, dans la couche moyenne et profonde du derme, agglomérées, quelquefois plus courtes ou tout à fait fragmentées.

Il y avait cependant, d'une plaque à l'autre, des différences : dans la troisième, prédominance des faits d'infiltration cellulaire ; dans la première, prédominance des faits d'atrophie, comme si ces différences, de même que les différences d'aspect macroscopique, correspondaient à des stades évolutifs d'un même processus.

B. fait remarquer que la diminution et la disparition du tissu élastique n'appartiennent pas au tableau histologique habituel de la sclérodermie ; d'autre part, une des plaques n'offrait pas l'aspect de la sclérodermie, mais plutôt de cette forme d'atrophie cutanée dite « morphée en gouttes » ; enfin, il n'y avait pas, autour des plaques le « lilac ring » des descriptions classiques. De sorte qu'on peut discuter sur le diagnostic, et B. fait remarquer que la discussion de la Réunion dermatologique de Strasbourg de 1929, sur les atrophies et sclérodermies, n'a guère abouti à des conclusions précises, et que Dubreuilh a expressément affirmé que la sclérodermie n'était ni une maladie, ni même un syndrome, mais un *symptôme*.

On a voulu faire jouer un rôle étiologique à l'hypercalcémie, elle-même sous la dépendance d'un trouble parathyroïdien. Cette notion se trouvait confirmée chez cette enfant (13,40 de Ca, au lieu de la normale 10,50).

Comme le retard de développement légitimait l'hypothèse d'une étiologie endocrinienne, l'enfant fut soumise à l'opothérapie pluri-glandulaire dont l'application est de trop brève durée pour qu'il soit possible d'en apprécier les résultats. BELGODERE.

Cas probable de leishmaniose américaine, par F. FLARER. *Il Dermosifiligrafo*, 5e année, n° 4, avril 1930, p. 245, 8 fig.

Il s'agit d'un menuisier de 35 ans, qui, au Brésil, quelques années avant, avait été mordu à la lèvre par un rat. Ce malade présentait une dermatose à peu près généralisée, évoluant par poussées, dont

les éléments rappelaient assez bien l'aspect de l'érythème noueux ; sur le visage ces éléments devenaient légèrement érosifs et croûteux. L'état général, après avoir été bon un certain temps, s'altéra (fièvre, amaigrissement) en même temps qu'apparaissaient sur la muqueuse du pharynx et du palais des éléments papulo-érosifs qui gênaient la respiration. L'aggravation de l'état général finit par entraîner la mort.

F. discute le diagnostic de ce cas, élimine la tuberculose, la syphilis, la lèpre, la leucémie, le mycosis fongoïde, les lésions infectieuses telles que l'érythème polymorphe, l'érythème noueux et les tuberculides. Il discute plus longuement le sodoku auquel la morsure de rat pouvait faire penser.

Mais le séjour au Brésil et l'apparition des lésions des muqueuses orientèrent les recherches vers la Buba brésilienne. Sous ce nom populaire, on désigne en réalité deux maladies distinctes, mais qui sont confondues à cause de leurs grandes analogies cliniques : la *blastomycose brésilienne* et la *leishmaniose américaine*.

Les cultures et les inoculations ne donnèrent aucun résultat, mais les examens histologiques furent fructueux. Ils démontrèrent l'existence de lésions manifestement dermiques, consistant en amas granulomateux, formés d'éléments histioïdes et endothéliaux en fonction phagocytaire.

Dans ces éléments, on trouvait en petit nombre, des corpuscules ayant tous les caractères des *Leishmania*, mais on ne put mettre en évidence de formes flagellées.

Cette réaction histologique, ainsi que les inclusions permettaient d'affirmer que l'on se trouvait en présence d'un cas de Buba brésilienne. F. élimine les diverses variétés de blastomycose et en particulier le *granulome coccidioïde* et la *sporocytose* avec lesquelles la confusion est le plus difficile à éviter. Il établit ainsi finalement le diagnostic de Leishmaniose américaine. Celle-ci se distingue du Kala-Azar ou Bouton d'Orient par le petit nombre des inclusions parasitaires, qui passent ainsi facilement inaperçues, alors que, dans le Bouton d'Orient, elles sont nombreuses et faciles à mettre en évidence.

Comme le fait remarquer F., ce cas démontre bien quelles difficultés peut présenter le diagnostic étiologique des syndromes à type d'érythème noueux, réaction cutanée à fond histioïde des plus aspécifiques, et susceptible d'apparaître sous l'influence de multiples infections, générales ou cutanées, aiguës ou plus volontiers chroniques.

BELGODERE.

Acta Dermatologica (Kyoto)

Deux cas de leucoplasie vulvaire (Zwei Fälle von Leukoplakia Vulvæ), par MUKAI (d'après le résumé en allemand). *Acta Dermatologica* (Kyoto), t. XV, n° 2, 1930, p. 165, 6 fig.

2 cas de leucoplasie vulvaire, le premier sur une femme de 42 ans.

atteinte de prurit ; pas d'atrophie. Lésions histologiques habituelles. Le second : une fille de 22 ans, atteinte de prurit vulvaire. La leucoplasie se complique d'un petit épithélioma lobulé. L'article comporte une bibliographie étendue sur la leucoplasie en général, ses localisations, et en particulier sur les leucoplasies génitales (bibliographie en caractères européens). CH. AUDRY.

Sur une forme rare de pelade unilatérale avec goitre (Ueber die seltene halbseitige Alopecia areata mit Struma), par MUKAI et YANO. *Acta Dermatologica* (Kyoto), t. XV, n° 3, 1930, p. 288.

Garçon de 15 ans, chez qui la pelade apparut 3 jours après avoir été touché par un barbier. Petit goitre, exophtalmie ; pas d'autres accidents de Basedowisme. Formule sanguine à peu près normale. Alopécie lisse et arrondie, étendue aux régions frontale, temporale, pariétale et occipitale du côté droit seul, ne dépassant pas la ligne médiane ; ultérieurement apparurent quelques taches de vitiligo dans la partie frontale de cette alopécie. CH. AUDRY.

LIVRES NOUVEAUX

La splénomégalie de la syphilis au cours des périodes primaire et secondaire (Travail de la Clinique dermatologique de la Faculté de Médecine de Marseille), par M. Marc Assada. *Thèse de Montpellier*, 1930, 85 p. Imp.

L'accroissement du volume de la rate n'est certes pas un symptôme nouveau des périodes primaire et secondaire de la syphilis et pourtant ce témoin habituel et d'ailleurs logique de l'infection tréponémique ne semble pas avoir retenu l'attention de la majorité des syphiligraphes qui ne lui donne pas la place importante qui paraît lui revenir.

Lancereaux en 1874 fut le premier à signaler la splénomégalie comme symptôme isolé d'une syphilis acquise, plus tard Besnier, Bianchi, Quinquaud, Fournier, de Gennes ont publié des observations de grosse rate au cours des syphilis primaire et secondaire, enfin récemment M. Louste a particulièrement insisté sur l'importance de la percussion de la rate dans la syphilis primaire, estimant que son omission est aussi coupable et aussi illogique que l'omission de la recherche des ganglions.

L'auteur a pu au Dispensaire antivénérien de l'Hôtel-Dieu de Marseille examiner un grand nombre de rates, il étudie les différents modes d'exploration clinique de la rate ; la percussion, la palpation, la radiographie et la phonendoscopie, et donne la préférence à ce dernier procédé.

Ce mode d'investigation présente sur la percussion l'avantage de délimiter plus facilement et plus exactement la zone de contact de l'organe avec la paroi ; le malade doit être allongé sur une table, le plus près possible du bord et légèrement incliné à droite ; il faut employer un stéthoscope à pavillon étroit et préférer pour l'examen le matin ou la fin de l'après-midi.

Une rate qui donne une zone de vibration de 3 à 6 centimètres doit être considérée comme normale.

L'auteur apporte 25 cas de chancres mous ou d'herpès génital et 65 cas de chancres syphilitiques ou mixtes et tire de ces observations les conclusions suivantes :

La splénomégalie n'existe pas dans le chancre mou.

Elle est un fait constant dans la période primaire et secondaire de la syphilis. Elle est aussi précoce que la septicémie tréponémique et varie entre les limites extrêmes de 7 à 12 centimètres dans son plus grand diamètre.

La splénomégalie peut exister pendant la période d'incubation avant tout accident initial et constituer ainsi le premier symptôme d'une syphilis encore latente.

Elle existe toujours à l'apparition du chancre, croît progressivement jusqu'à la positivité de la séro-réaction et disparaît rapidement par le traitement.

Elle permet un diagnostic précoce, et peut faire prévoir la transformation ultérieure d'un chancre mou en chancre mixte.

PAUL VIGNE.

Mon régime (Meine Dial), par M. GERSON. Ullstein, Ed., Berlin. 1 vol. de 168 p., 12 fig.

Petit livre de vulgarisation agréable et bien présenté où Gerson expose non pas son régime antituberculeux, mais les indications générales relatives au régime alimentaire des individus sains et malades : 4 principes : suppression du sel de cuisine, développement des substances végétales vivantes, limitation des hydrates de carbone, restriction des albumines animales. G. donne de nombreux menus, recettes culinaires, etc. ; il indique les erreurs à éviter, etc.

CH. AUDRY.

La défense sociale contre le péril vénérien (La defensa social contra el peligra venereo), par L. RAZETTI. Typografia americana, Caracas, 1930, 1 vol., 46 p.

Travail publié sous les auspices de l'Association médicale panaméricaine de New-York.

L'auteur voudrait que la défense sociale contre le péril vénérien fut un des principaux thèmes de la troisième réunion du Congrès que cette Association tiendra à Lima au mois de janvier 1931.

Ses conclusions sont surtout destinées à servir de base à une discussion relative à cet important problème médico-social. Elles résument les principes fondamentaux sur lesquels doit s'appuyer une législation internationale.

1° Les maladies vénériennes par leur propagation et leurs effets sur l'individu et sur sa descendance constituent un péril pour la collectivité présente et future.

2° La prostitution est la source principale de la contagion vénérienne et les fonctionnaires sanitaires et policiers doivent être autorisés à la réprimer sans prétendre à la faire disparaître. L'inscription et la réglementation doivent être abolies dans les pays qui conservent encore ce système inefficace et immoral.

3° Est punissable le fait qu'un malade contagieux, homme ou femme, expose une personne saine à la contagion.

4° Les médecins doivent dénoncer à l'autorité sanitaire les sujets atteints de maladies vénériennes, hommes ou femmes, qui se refusent obstinément à suivre un traitement rationnel et suffisamment prolongé.

5° Les enfants syphilitiques doivent être uniquement élevés par

leurs mères. Est punissable la personne qui sciemment permet qu'une femme saine nourrisse un enfant syphilitique.

6° Le moyen le plus efficace contre la propagation des maladies vénériennes est le traitement des malades. Par suite doivent être installés des consultations, des dispensaires, des sanatoriums, des hôpitaux gratuits en nombre suffisant pour la population.

7° La loi doit imposer un traitement obligatoire aux malades atteints de syphilis ou de blennorragie, qui se refusent à suivre le traitement sous la direction d'un médecin. Ce traitement sera poursuivi le temps nécessaire jusqu'à la guérison, soit au compte du malade s'il a des ressources suffisantes, soit au compte de l'État s'il est indigent.

8° Interdiction de la vente de remèdes destinés au traitement des maladies vénériennes sans ordonnance d'un médecin autorisé et obligation pour les pharmaciens de rendre compte de la vente desdits remèdes, comme cela se fait pour l'opium et les autres stupéfiants.

9° Prohibition des annonces médicales relatives au traitement des maladies vénériennes dans des périodiques qui ne sont pas exclusivement consacrés aux sciences médicales.

10° Établissement de maisons de correction pour les mineurs des deux sexes voués à la prostitution et au vagabondage.

11° Répression du proxénétisme par des peines très sévères, de même que l'uranisme ou l'homosexualité.

12° Introduction de l'éducation sexuelle dans les programmes d'enseignement.

13° Cours et conférences populaires sur les maladies vénériennes et l'alcoolisme qui est une cause indirecte fréquente de la propagation de ces maladies.

14° Fondation d'œuvres de solidarité sociale destinées à la réhabilitation de la femme par le travail.

15° Consultations eugéniques prénuptiales gratuites, dirigées par des médecins et permettant d'instituer par la suite un certificat prénuptial.

J. Margarot.

Réaction de Vernes à la résorcine, et infection tuberculeuse (évolution-période latente), vaccination par le B. C. G. par Robert Lévy. Préface de M. le Prof. J. Parisot. Un volume de 164 pages. N. Maloine, éditeur, Paris.

Voici une contribution très importante à l'étude de cette réaction de floculation. L. à la fois sérologiste et clinicien a entrepris une vaste enquête qu'il a poursuivie méthodiquement pendant plus d'une année, et qui comprend l'étude de 4.000 dossiers tant médicaux que sociaux, avec contrôles radiologiques, bactériologiques, cuti-réactions renouvelés périodiquement. Il en ressort nettement que la séro-floculation de Vernes à la résorcine est une *réaction d'évolution*. En dehors de tout processus évolutif, l'infection tuberculeuse ne modifie pas nettement le pouvoir floculant, alors qu'une évolution tuberculeuse quelle qu'en soit la localisation s'accompagne d'une élévation marquée du pouvoir floculant. Elle

fournit d'utiles renseignements sur le « moment » de la poussée évolutive, aidera à dissocier deux éléments souvent enchevêtrés sans être pour cela intimement unis : évolution et lésion. Réaction d'*évolution*, elle a une place autonome, la séméiotique, à côté d'autres réactions humorales, comme par exemple, les réactions tuberculiniques, qui sont des réactions d'*infection*. Un unique examen n'aura donc pas d'intérêt, il faudra pratiquer des séro-floculations en série, et établir des courbes qui permettront de suivre les effets des cures ou les résultats d'interventions médico-chirurgicales.

L. a pratiqué aussi la recherche de la séro-floculation chez les vaccinés par le B. C. G. Il a constaté que à aucun moment les sérums de prémunis ne différencient, de façon appréciable, au point de vue de leurs propriétés optiques, des sérums de sujets indemnes de toute infection tuberculeuse. H. Rabeau.

Les érythèmes des arsénobenzols, par G. Garnier. Travail du service du Dr Milian. Un volume de 172 pages. Jouve et Cie, éditeurs, Paris, 1929.

Les éruptions érythémateuses arsénobenzoliques sont assez fréquentes, quel que soit le produit employé ou son mode d'introduction. G. qui les a longuement étudiés dans le service de son maître Milian, en distingue deux types absolument différents quant au pronostic, quant à la conduite à tenir. Les uns fréquents, précoces, de courte durée, érythèmes du 9e jour, s'accompagnent toujours de signes infectieux reproduisant le plus souvent le tableau des fièvres éruptives communes. Ce sont les éruptions biotropiques de Milian, d'origine infectieuse, dues à l'exaltation par les arsénobenzols, de la virulence de microbes existant à l'état latent chez les malades. Après ces érythèmes, il sera toujours possible de reprendre la médication arsénobenzolique sans inconvénient pour le malade. — Les autres sont plus rares, apparaissent tardivement, ont une évolution longue souvent grave. C'est l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse, manifestation toxique, qui contre-indique de façon formelle et définitive, l'usage de l'arsénobenzol sous quelque forme que ce soit.

G. a entrepris une série de recherches expérimentales pour élucider la pathogénie de ces érythèmes et pour en faciliter le diagnostic différentiel. L'intradermo-réaction (2/10 de centimètre cube de solution au centième) lui a donné une réaction négative chez les sujets ayant eu une éruption biotropique dans 90 o/o des cas. L'I. R. s'est au contraire montrée positive dans 100 o/o des érythrodermies toxiques ; cette hypersensibilité toxique persiste des années. — La recherche des précipitines dans le sérum des malades atteints d'érythrodermie a toujours été négative. H. Rabeau.

Contribution à l'étude des ictères parathérapeutiques, par L. Filliol. *Thèse*, Paris, 1929. Un volume de 122 pages. Louis Arnette, éditeur, Paris.

Les conclusions de ce travail sont basées sur l'étude de 103 ictères parathérapeutiques survenues au cours du traitement de 1.369 malades

soignés à la consultation du soir et ayant reçu pour la plupart un traitement mixte arséno-bismuthique. Une même théorie pathogénique ne peut expliquer tous les cas. Un petit nombre d'entre eux est imputable à l'intoxication médicamenteuse. D'autres sont d'origine syphilitique pure (réaction d'Herxheimer, hépato-récidive). Vraisemblable pour quelques cas, l'hypothèse d'une infection par biotropisme due à un virus ictérigène encore inconnu, ne saurait être généralisée à tous les cas. F. estime que pour expliquer la majorité des cas, il faut admettre l'action conjuguée de la syphilis et du traitement spécifique : rôle ictérigène des toxines libérées par une lyse de tréponèmes trop brutale. Cette conception lui semble devoir s'appliquer à tous les ictères parathérapeutiques n'ayant pas fait la preuve de leur origine médicamenteuse, syphilitique ou biotropique. On a pensé que pour discriminer ces ictères parathérapeutiques, on avait dans la date d'apparition (pendant ou après le traitement) et dans les signes qui accompagnent l'ictère deux éléments décisifs. F. fait remarquer que la date d'apparition est une base dangereuse de classification ; il existe des cas d'intoxication médicamenteuse dans des ictères survenant *après* le traitement (ictères post-thérapeutiques). De même, l'ictère peut n'être précédé ou accompagné d'aucun autre signe d'intoxication arsenicale : il est le signe d'alarme de l'arsenicisme. Donc devant un ictère, il est impossible de rejeter de façon sûre l'origine toxique médicamenteuse. Il faut donc être extrêmement prudent et considérant le double facteur étiologique à la base de la majorité des ictères parathérapeutiques : la syphilis et le médicament, proscrire l'arsenic pendant la durée de l'ictère et continuer le traitement spécifique par une médication moins brutale, le bismuth de préférence. H. Rabeau.

Les granulomes à corps étrangers de la peau, par F. Woringer. *Thèse*, Strasbourg, 1929. Editions Universitaires, Strabourg. Un volume de 84 pages. 6 figures.

Classiquement, le terme de granulome désigne les processus morphologiques réactionnels, d'ordre sanguin et tissulaire que l'organisme met en jeu en présence d'un agent nocif. Ces processus aboutissent à la formation de ce qu'on appelle un tissu de granulation. La notion de corps étrangers doit être élargie. Il faut entendre par là toute substance ne faisant pas partie des tissus de l'organisme dans lesquels elle peut se trouver incluse accidentellement, et difficile à résorber. Il y a des corps très petits qui provoquent un granulome histiocytaire, qui n'est au fond qu'un granulome à corps étrangers classique simplifié dans lequel la cellule géante fait défaut. W. distingue les substances provoquant les granulomes en endogènes et exogènes, car il y a des subtances de l'organisme et autochtones qui deviennent « étrangères » et font des granulations à corps étrangers. Il montre la différence entre les réactions *toxiques* locales dues aux germes infectieux et aux substances étrangères toxiques diffusibles et les réactions *xéniques* dans les-

quelles c'est un trouble de l'équilibre tissulaire local qui paraît jouer le rôle principal. Or ce trouble de l'équilibre tissulaire local ne pourra disparaître qu'avec l'élimination du corps étranger, que celui-ci soit résorbé, expulsé ou enkysté. W. a tout particulièrement étudié les granulomes à corps étrangers microkystiques endogènes, et réuni de nombreuses affections du tissu graisseux lui paraissant toutes relever du même processus : granulome lipophasique du sein, granulome lipophasique du nouveau-né, *Wucherungsatrophie*, lésions graisseuses consécutives au typhus exanthématique. Il ne voit là qu'une nécrose ou une dégénérescence des cellules adipeuses, dont les globules graisseux sont résorbés par un granulome lipophagique qui n'est autre chose qu'un granulome à corps étranger dirigé contre le globule graisseux libéré de la cellule qui le contenait. H. RABEAU.

Eléphantiasis et ulcères chroniques de la vulve et de l'anus (syndrome ano-vulvaire), par R. COHEN. *Thèse*, Paris. 1930. Un volume de 220 pages. Librairie Arnette.

Ce travail, fait dans le service de M. Ravaut, englobe l'étude des éléphantiasis ano-vulvaires, et celle des ulcères torpides qui s'y associent souvent, quoique pouvant exister isolément. Ainsi que Jersild l'a remarqué, C. estime que les affections désignées sous le nom de syphilome ano-rectal, d'esthéomène, de sclérème ano-génital constituent un syndrome, le syndrome ano-vulvaire d'étiologie variable. Cette étiologie multiple admise par tous en ce qui concerne les « rétrécissements inflammatoires du rectum » mérite de l'être aussi pour le « syndrome ano-vulvaire.

Les infections causales sont surtout la streptococcie, la syphilis et la tuberculose, la gonococcie et la chancrelle. Le rôle de ces agents a pu être démontré dans certains cas où ils agissent isolément. Le plus souvent, il y a association, et il est difficile de déterminer la prépondérance de tel agent microbien. Ni la clinique ni l'anatomo-pathologie ne peuvent aider à cette enquête étiologique.

Au point de vue pathogénique, les lésions des ganglions et des lymphatiques jouent un rôle important, mais non pas unique. L'infection locale s'y associe toujours, et les deux facteurs infectieux et trophique s'aggravent mutuellement expliquant la tendance extensive du processus.

Si la syphilis est en cause, le traitement spécifique offre quelques chances de succès. Dans les autres cas le traitement sera uniquement palliatif. On aura recours au chirurgien ; l'ablation des parties hypertrophiées donne d'assez bons résultats, exposant toutefois à une récidive surtout en cas d'éléphantiasis tuberculeux.

H. RABEAU.

Un bacille des gangrènes cutanées, par R. NATIVELLE. *Thèse*, Paris, 1930. Un volume de 75 pages, 11 figuress, 8 tableaux. Imprimerie de la Cour d'Appel, Paris.

Dans le service de son maître Milian, et à l'Institut Pasteur, N. a poursuivi l'étude du *Bacillus gangrenæ cutis*. On sait que depuis 1917 Milian s'est attaché à cette question des gangrènes cutanées. Pour lui, la gangrène foudroyante des organes génitaux est une maladie idiopathique due au *bacillus gangrenæ cutis*. N. a constaté l'extrême fréquence de ce germe dans les gangrènes disséminées, primitives ou secondaires, de la peau, dans les gangrènes génitales, accessoirement dans les escarres de causes diverses et dans les ulcères de jambe. Ce bacille est constamment pathogène, localement pour le cobaye et le lapin. Par inoculation sous-cutanée de cultures pures, il produit des escarres sèches et noirâtres soit d'emblée, soit après un passage sur l'animal. N. donne dans ce mémoire tous les caractères objectifs, tinctoriaux et culturaux de ce bacille.

Cliniquement, il doit être considéré la plupart du temps comme un germe d'infection secondaire, mais souvent responsable à lui seul, de l'élément gangréneux des lésions qui, vraisemblablement, en resteraient au stade ulcéreux sans son intervention surajoutée. Lorsqu'il est très virulent, il peut provoquer des septicémies mortelles.

Expérimentalement, la neutralisation du pouvoir infectieux peut être obtenue par un sérum spécifique préparé soit avec des microbes tués par chauffage, soit avec une culture formolée.

Les données expérimentales viennent confirmer les résultats thérapeutiques observés en clinique. Ravaut a montré en 1914, l'action curatrice de l'arsénobenzol intraveineux sur la gangrène cutanée, N. a mis en évidence son action empêchante sur le développement de cette gangrène. H. Rabeau.

La sensitométrie cutanée, par J. Saïdman. Un volume in-8°, 300 pages, 8 figures, 4 planches en couleurs. G. Doin, éditeur, Paris 1930.

La sensitométrie cutanée consiste à irradier un certain nombre de très petites zones de la peau avec des doses croissantes de rayonnement érythémateux ou pigmentogène et à noter les effets produits sur chaque zone. La peau réagit à partir d'une certaine dose par un érythème dont on marque le seuil. Au-dessous de cette dose, tolérance absolue, au-dessus, on note les seuils des degrés successifs d'érythème et de pigmentation. Cette tolérance varie avec les sujets. S. a imaginé un petit appareil, test automatique, qui indiquera la réponse de la peau, et réalisant une série d'irradiations en miniature fera prévoir ce qui se passera au cours de la véritable irradiation. On sait combien le choix de la dose était arbitraire en actinothérapie. La sensitométrie permet d'interroger la peau et de choisir la dose rationnelle. S. décrit cet appareil, son mode d'emploi et les résultats de recherches qu'il lui a permis de faire sur plus d'un millier de malades. Cette méthode représente un grand perfectionnement dans l'application de l'actinothérapie ; la sensitométrie réalise un procédé d'étude physiologique de la peau et intéresse particulièrement le dermatologiste. Elle le renseignera sur

les variations de sensibilité individuelle suivant le type pigmentaire, suivant l'âge des malades, suivant la dermatose. Cet ouvrage contient une foule de documents, de courbes, d'exposés de recherches qui n'ont rien de définitif, mais rendent compte de la complexité du problème, des progrès réalisés, des résultats obtenus. Les chapitres sur le traitement du psoriasis et du lupus sont particulièrement instructifs. Il faut lire ce livre ; il marque une étape dans la série de recherches entreprises par S. à l'Institut d'actinothérapie. Il permet d'envisager tout ce qu'on peut attendre de l'actinothérapie bien maniée. H. Rabeau.

Les hémosidéroses cutanées, par Marie-Alphonse Diss. *Thèse*, Strasbourg. Un volume de 86 pages. Les éditions universitaires, Strasbourg.

L'hémosidérine est un pigment ferrique formé aux dépens de globules rouges détruits ; mais la formation d'hémosidérine n'est pas une suite obligatoire d'une destruction globulaire. Le plus souvent les produits de désintégration de la destruction globulaire disparaissent sans laisser de pigmentation. On désigne sous le nom d'hémosidéroses cutanées les pigmentations hémosidérosiques persistantes. D. distingue ces affections dyschromiques en deux catégories : les hémosidéroses essentielles dans lesquelles la dyschromie fait partie intégrante du tableau clinique et les dyschromies accidentelles dans lesquelles la pigmentation hémosidérique n'est qu'un épiphénomène fréquent mais inconstant. Pour qu'il y ait pigmentation, il faut qu'il y ait rétention sur place du pigment. Ces hémosidéroses, maladies par rétention, peuvent être mises en parallèle avec les xanthoses et avec la maladie de Gaucher et de Pick. Cette rétention incombe à une prédisposition spéciale du système réticulo-endothélial qui joue déjà un rôle important dans la genèse du pigment ferrique. Ce sont ses éléments qui détruisent les globules rouges (érythrophagocytose) et interviennent aussi bien dans la désintégration globulaire locale que dans la destruction globulaire générale normale ou pathologique. Mais pourquoi dans certains cas et chez certains sujets y a-t-il une pigmentation consécutive à une hémorragie ou à une destruction globulaire exagérée ? B. estime qu'il est impossible de répondre à cette question. Dans certaines conditions, les mitochondries des histiocytes interviennent pour la formation de l'hémosidérine. Dans certains cas, l'hémosidérine se trouve non seulement dans les histiocytes dermiques, mais aussi dans les mélanoblastes dentritiques de l'épiderme, qui forment le chaînon terminal du réseau trophomélanique de Borrel. Il y a antagonisme entre la pigmentation hémosidérique et la pigmentation mélanique, antagonisme purement local, la présence d'hémosidérine dans le derme pouvant empêcher la mélanogénèse épidermique.

Ce beau travail, de la clinique du Professeur Pautrier, a été entrepris à l'occasion de deux cas de maladie de Schamberg. Il contient dans une première partie, une longue étude du pigment ferrique, la seconde est consacrée à l'étude des hémosidéroses. Une importante bibliographie y est jointe. H. Rabeau.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
Clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie — Hôpital Saint-Louis.
Professeur : M. GOUGEROT

COURS DE PERFECTIONNEMENT
Dermatologie et Vénéréologie
sous la direction de M. le Professeur GOUGEROT

Le prochain cours de Dermatologie *aura lieu du 6 au 31 octobre 1930.*

Le prochain cours de Vénéréologie et Syphiligraphie *aura lieu du 3 au 29 novembre 1930.*

Le prochain cours de Thérapeutique Dermato-Vénéréologique *aura lieu du 1er au 20 décembre 1930.*

Un cours de Technique de Laboratoire aura également lieu durant cette période.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 300 fr.

Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours auront lieu au Musée de l'Hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, Paris (Xe).

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.) de Physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultra-violets, finsenthérapie, radium), de Thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc...

Le Musée des Moulages est ouvert de 9 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Un certificat pourra être attribué, à la fin des cours, aux auditeurs assidus.

On s'inscrit au Secrétariat de la Faculté de Médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures (On peut s'inscrire par correspondance).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr BURNIER, Hôpital Saint-Louis (Pavillon Bazin).

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.



TRAVAUX ORIGINAUX

IMMUNITÉ, SUPERINFECTION, RÉINFECTION, DANS LA SYPHILIS [1]

Par M. le professeur MARIO TRUFFI
Directeur de la Clinique Dermosyphilopathique de la R. Université de Padoue.

Le problème de l'immunité dans la syphilis est un de ceux qui, dans ces dernières années, ont suscité le plus vif intérêt et la plus grande activité de recherches.

Le réveil des recherches expérimentales sur la syphilis et en particulier la découverte de l'agent pathogène et la transmission réussie de la maladie aux animaux ont fait espérer que le problème pourrait être élucidé au moins dans ses données fondamentales.

Mais en fait, trop de points, même essentiels, non seulement demeurent non résolus, mais il n'est même pas possible encore d'entrevoir quand et comment on pourra atteindre à leur solution.

C'est que la question de l'immunité est, dans la syphilis, beaucoup plus complexe que dans toute autre maladie. Le décours chronique et bizarre de l'affection, les périodes irrégulières de latence et de réveil, les divers types de manifestations qui se succèdent dans le temps, la diversité des organes qui, chez les divers individus sont frappés, la diverse gravité de décours de l'un à l'autre cas, la manière différente de répondre des téguments à un nouvel apport de virus, sont autant de raisons qui contribuent à rendre moins facile que dans les autres formes morbides la pénétration des secrets des réactions immunitaires et d'en dévoiler l'essence et le mécanisme.

Dans cette étude, je m'occuperai spécialement de l'immunité dans l'infection humaine, en appelant aux données fournies par l'expérimentation sur les animaux seulement quand celles-ci peuvent ser-

(1) Traduit de l'italien par le docteur G. Belgodere.

vir à éclairer ou à compléter les notions déduites de la clinique et de l'expérimentation sur l'homme.

Pour procéder par ordre, je diviserai mon exposé dans les chapitres suivants :

a) *Résumé historique*, qui sera très court, parce que, s'étendre sur ce sujet équivaudrait à répéter ce qui a été déjà fort bien fait dans le travail de Pinard, dans les beaux rapports de Bernard et de Carle à Bruxelles, et dans ceux de Balbi et Armuzzi à Rome.

b) *Conception de l'immunité dans la syphilis.*

c) *Immunité naturelle.*

d) *Immunité dans les diverses phases de la maladie chez l'homme, à l'égard des inoculations accidentelles ou expérimentales.*

1° Dans la période de première incubation.

2° Dans la période de seconde incubation.

3° Dans la période des manifestations générales.

4° Dans la période de latence.

5° Dans la période tertiaire.

6° Dans la période quaternaire.

7° Dans la syphilis congénitale.

8° Chez les individus présumés guéris.

e) *Immunité dans la syphilis expérimentale des animaux.*

f) *Interprétation des resultats de réinoculation.*

g) *Allergie et immunité dans la syphilis.*

h) *Anticorps dans la syphilis.*

i) *Nature de l'immunité dans la syphilis.*

j) *Influence des traitements sur l immunité dans la syphilis.*

k) *Influence des autres causes sur l'immunité.*

l) *Immunisation active et passive contre la syphilis.*

A. — RÉSUMÉ HISTORIQUE

Jusqu'aux premières années du présent siècle, on a presque universellement admis que la syphilis, envahissant un organisme, lui conférait une immunité absolue contre des infections ultérieures. L'aphorisme par lequel Fournier condensait les idées de Ricord : *La syphilis ne se double jamais* a dominé dans la science, en dépit

de quelques rares voix (Vidal de Cassis, Diday, Cazenave, Sperino, Köbner, Wallace, Scarenzio, etc.), qui se sont élevés contre lui, pour affirmer la possibilité d'obtenir, par l'effet d'un nouvel apport de virus syphilitique sur les téguments d'un individu déjà précédemment malade, des lésions ayant la symptomatologie des lésions luétiques. Il convient de rappeler cependant que Ricord lui-même admettait que, dans les tout premiers jours de l'apparition du syphilome, il était possible mais exceptionnel d'obtenir une réinoculation positive, et que, au moins théoriquement, on ne pouvait exclure que la *disposition syphilitique* ne finit un jour par cesser, rendant possible une nouvelle infection successive.

C'est seulement après les grandes découvertes sur la pathologie de la syphilis, accomplies dans la première décade de notre siècle, que l'étude du problème a été reprise avec une méthode plus rigoureuse et avec le secours de nouveaux moyens de recherche et de conditions nouvelles plus favorables.

Il me suffira de rappeler, outre les travaux très nombreux d'ordre clinique, les recherches expérimentales de Queyrat, Quentin et Sabareanu, et, plus tard, de Pinard, sur l'autoinoculabilité du syphilome initial, les recherches très connues de Finger et Landsteiner, de Ehrmann, de Neisser et, dans les temps plus rapprochés, de Trossarello, de Metschersky et de Bogdanoff, de Lipskeroff, de Hashimoto, de Cappelli, de Pasini, de Balbi, de Bizzozzero et de Piccardi.

Le problème était abordé spécialement au moyen d'expériences chez les animaux : à côté de celles, moins récentes, de Metschnikoff et Roux, de Neisser, de Finger et Landsteiner, nous pouvons placer, dans ces dernières années, celles faites sur le lapin par Kolle et ses élèves, par Brown et Pearce, par Uhlenhuth et Grossmann, par Chesney, par Kemp, etc...

Un nouveau concept venait à s'affirmer, celui de la possibilité d'une nouvelle infection, avec phénomènes plus ou moins circonscrits, d'un organisme encore malade. A côté de la *réinfection*, admise depuis longtemps par une partie des syphiligraphes, comme une infection nouvelle chez un sujet guéri de l'infection précédente, venait prendre place la *superinfection*, infection nouvelle chez un sujet encore malade.

D'autre part, les nouveaux moyens thérapeutiques nés de la pen-

sée géniale d'Ehrlich, augmentant la possibilité de stérilisation de l'organisme syphilitique, ou modifiant profondément les facteurs immunitaires, créaient des conditions plus favorables à la manifestations de lésions luétiques consécutives à une nouvelle infection.

B. — CONCEPTION ACTUELLE DE L'IMMUNITÉ DANS LA SYPHILIS

La syphilis a été considérée pendant longtemps, comme une maladie particulière à l'espèce humaine. Cette conviction s'était déjà manifestée chez ceux qui, les premiers, écrivirent sur le « mal français ». Fracastor, dans son poème dont la publication atteint aujourd'hui le quatrième centenaire, dit que la syphilis frappe

.... *ex omnibus unum*
Humanum genus ....

Elle a persisté jusqu'au début de notre siècle, et elle a été démontée inexacte par les recherches classiques de Metchnikoff et Roux, de Bertarelli, et de tous les chercheurs qui, sur leurs traces, se sont occupés de syphilis expérimentale. Les recherches récentes de Kolle, et de son école démontrent comment, mêne les animaux considérés jusqu'alors comme tout à fait réfractaires (souris, rat) peuvent être inoculés avec succès et entretenir longtemps dans leur organisme le virus de la syphilis. Ainsi se circonscrit de plus en plus le nombre des espèces animales chez lesquelles existe un état réfractaire absolu à l'infection par le spirochète pâle.

Si nous considérons l'immunité dans les espèces qui sont à divers degrés réceptives à l'infection, nous voyons qu'elle a des caractères différents de l'immunité vraie que nous sommes accoutumés d'observer dans la plupart des maladies infectieuses et qui est due à des modifications du substratum organique, qui persistent après la guérison de l'infection et le rendent réfractaire à la réinoculation du même germe.

L'état immunitaire dans la syphilis (Mariani préfère cette dénomination à celle d'immunité) est au contraire étroitement lié à la maladie et persiste, avec des oscillations plus ou moins amples, tant que celle-ci dure.

Pour cette raison, certains auteurs préfèrent parler dans la syphi-

lis, d'*anergie*, plutôt que d'*immunité*. Nous ne croyons pas que cela soit nécessaire, et nous estimons que le terme d'*immunité* peut être conservé, même dans le domaine de la syphilis, du moment qu'on s'entend sur le sens qu'il convient de lui attribuer.

Nous sommes habitués en général à considérer les phénomènes immunitaires dans la lues seulement au point de vue de leur extériorisation sur les téguments. Mais les dernières recherches de Kolle et de ses élèves lesquelles ont démontré la possibilité chez les animaux de pénétration directe du virus syphilitique dans la circulation, sans lésion primitive apparente du tégument et sa fixation sur les organes internes sans que des manifestations soient appréciables ni sur la peau ni sur les muqueuses et ont laissé entrevoir la possibilité d'une telle modalité d'infection même chez l'homme, nous induisent à modifier à ce point de vue nos conceptions.

En outre, puisque des réactions de type immunitaire continuent à évoluer dans l'organisme, même contre le germe qui l'a envahi déjà, nous ne pouvons pas limiter l'idée de l'immunité seulement aux rapports de l'organisme avec le virus provenant du dehors, mais nous devons l'étendre aussi à ces modifications de réactivité qui se développent dans le cours de l'infection.

Par conséquent, si nous voulions définir l'immunité dans la syphilis, nous ne pourrions plus nous prévaloir des paroles employées par Levaditi et Rocher, c'est-à-dire l'interpréter comme *un état particulier, caractérisé par l'insensibilité plus ou moins absolue du revêtement cutané et muqueux vis-à-vis de l'inoculation d'un virus capable de déterminer chez l'animal ou chez l'homme sain les accidents habituels de cette infection*, mais nous devrons la considérer plutôt comme *l'état particulier variable de résistance de l'organisme au virus qui a pénétré en lui-même, ou à un nouveau virus qui lui arrive du dehors.*

C. — IMMUNITÉ NATURELLE

Dans l'espèce humaine nous pouvons considérer qu'il n'existe pas d'immunité naturelle. Une immunité de race, dans le sens d'état réfractaire à l'infection comme on en a vis-à-vis d'autres maladies infectieuses, telles que par exemple la fièvre jaune et la malaria,

n'est pas démontrable. Dans certaines races, il semble que la syphilis assume un décours plus bénin que dans d'autres et qu'elle tende à se localiser de préférence sur des organes déterminés (absence ou rareté par exemple de formes nerveuses. gravité plus grande au contraire de formes cutanées dans la race noire et en général chez les peuples les moins civilisés et habitant des régions chaudes). Mais on ne peut pas parler, même dans ces cas, d'une immunité de race, les modifications pouvant être liées au milieu, au climat, à la fréquence d'infections antérieures (ce dernier critère admis déjà par les anciens médecins et en particulier par Trajano Petronio), à la virulence spéciale du germe infectant, etc.

D'autre part, c'est un fait connu que des modifications profondes peuvent se constater dans le type prédominant des manifestations syphilitiques dans un même milieu par l'évolution du temps et des conditions externes. C'est une notion qui avait déjà été mise en relief par les Maîtres de la Renaissance (Fracastor, Musa Brasavola, Fallope, Petronio, etc...) et qui précisément de nos jours, se présente à l'examen et à la discussion, mais cette fois comme un effet des nouveaux agents thérapeutiques usités contre la lues.

Je rappellerai encore comment au cours des travaux modernes sur l'importance des groupes sanguins, on a voulu attribuer à ceux-ci une valeur au point de vue de la morbidité plus ou moins facile vis-à-vis de la syphilis et au point de vue de l'évolution de la maladie. Mais les recherches de contrôle n'ont pas apporté de confirmation à ces suggestions.

De même qu'une immunité de race, il n'est pas admissible davantage qu'il y ait une immunité naturelle absolue chez certains sujets particuliers.

S'il est exact qu'il existe des cas dans lesquels, même des expositions répétées à la contagion ne déterminent pas d'infection, ces cas peuvent s'expliquer si l'on admet des circonstances extérieures favorables particulières (absence de solution de continuité des téguments, épithélium particulièrement résistant, absence ou affaiblissement de la virulence du contage, etc...). Les rares expériences à résultat négatif sur l'homme (Anonyme du Palatinat, etc...) peuvent être justiciables d'une explication analogue ou être interprétées comme dues à une immunité congénitale ou acquise par infection antérieure.

Même chez les espèces animales réceptives du reste, il est démontré que l'immunité naturelle de certains sujets est seulement apparente et liée à une technique défectueuse ou à la faible activité du matériel employé.

Sans parler du fait que, dans beaucoup de cas, le résultat négatif de l'inoculation n'est tel qu'en apparence, et qu'il est possible, comme cela s'est vu, aussi bien chez l'animal que chez l'homme, qu'il y ait une infection générale asymptomatique, sans lésion des téguments au point d'inoculation.

Mais si une immunité absolue n'est pas admissible, il est certain qu'il existe des différences d'un sujet à l'autre, dans le degré de défense immunitaire. Ce sont ces différences qui nous expliquent le comportement variable de l'infection d'un cas à l'autre. Même au point de vue de la syphilis dite maligne, les données cliniques démontrent souvent qu'elle est liée plus aux conditions particulières de l'organisme infecté qu'à la virulence du germe.

Toutefois, à ce point de vue, il ne faut pas oublier que les expériences sur les animaux démontrent que les souches communes de spirochètes présentent des alternatives marquées de virulence et des prédilections, tantôt pour un tantôt pour d'autres organes, de sorte que l'on ne peut pas toujours écarter une exaltation de l'activité du virus.

D. — IMMUNITÉ AU COURS DE LA SYPHILIS

L'immunité à l'égard de nouvelles inoculations apparaît au contraire indubitable quand l'organisme a contracté l'infection luétique.

Le degré d'une telle immunité et les modalités suivant lesquelles elle s'extériorise sont différents selon les diverses périodes de la maladie.

Mais avant de passer en revue les manifestations de l'immunité dans l'organisme syphilitique vis-à-vis des inoculations venues du dehors, je crois opportun d'examiner rapidement de quelle manière un organisme sain réagit à une première invasion du spirochète pâle.

Au point où colonise le spirochète, après une période de silence,

qui est seulement un silence relatif, paraissant tel à un examen superficiel, mais qui cache un travail occulte à début immédiat ou presque, avec réponse réactive de la partie attaquée, suit la formation de la lésion initiale. Déjà, avant que celle-ci devienne évidente, les spirochètes inoculés ou qui se sont multipliés rapidement sur place, abandonnent le point d'inoculation et, comme l'ont démontré les recherches de Neisser, les miennes, celles de Brown et Pearce, de Eberson et, particulièrement, de Kolle et Evers, ils pénètrent rapidement dans les ganglions lymphatiques et, par voie sanguine, dans les organes les plus éloignés. Les réactions de défense qui se produisent au point d'inoculation et dans les points de l'organisme où le virus se fixe secondairement, se développent avec des modalités diverses. Elles sont, dans un cas et dans l'autre, conditionnées par les modifications qui se manifestent dans les tissus et qui sont à la base de ce que Neisser a appelé *Umstimmung* ou *Allergie*.

Les réactions organiques s'opposent à l'invasion des spirochètes et, quand elles sont vivaces et diffuses, comme c'est le cas au début de la période secondaire, elles tendent à la destruction d'une grosse partie des parasites. Mais un certain nombre de spirochètes échappent à l'action délétère de cette période et se fixent dans les tissus, lesquels, à leur tour, ne réagissent pas manifestement à leur présence. On entre ainsi dans la période de latence, laquelle peut être interrompue par des récidives, quand les spirochètes recommencent à se multiplier et que le pouvoir de réagir reparaît dans les tissus. La latence peut, au contraire, continuer indéfiniment. Il n'est pas possible d'exclure absolument la possibilité pour l'organisme d'arriver, même par ses seuls moyens, à se libérer du parasite et à guérir. D'autres fois, au contraire, l'état de latence cesse à un moment donné, pour donner lieu à des phénomènes d'un autre type. On a alors les manifestations de type tertiaire, quand l'hypersensibilité de zones déterminées, la plupart circonscrites, de tissus, s'élève à un degré élevé, de telle sorte qu'un petit nombre d'éléments parasitaires peuvent donner lieu à des réactions importantes, ou bien on a les manifestations de type dit quaternaire, quand l'activité des spirochètes s'exerce sur des organes ou des tissus dépourvus ou doués seulement d'une faible réactivité.

Sur ces faits ainsi schématisés, j'aurai l'occasion de m'étendre d'ici peu, *quand j'expliquerai le mécanisme de l'immunité.*

Revenons maintenant aux manifestations de l'immunité à de nouvelles infections de l'organisme qui a déjà contracté une première infection.

Dans une rapide vue d'ensemble, je chercherai de fixer et de confronter les données qui, pour les différentes périodes de la syphilis, peuvent être déduites de l'expérience clinique ou sont fournies par l'expérimentation sur l'homme, ou sont mises en relief par les recherches sur la syphilis des animaux.

1. — *Immunité dans la période de première incubation.*

L'observation clinique de la fréquente unicité du syphilome initial, même chez les personnes qui se sont exposées d'une manière répétée à la contagion et qui ont régulièrement continué leurs rapports avec les personnes infectées après la date présumable de l'inoculation de l'infection, induit à admettre que, déjà dans cette période, un certain degré d'immunité tend à s'établir.

On cite cependant dans la littérature des cas qui ne sont pas rares, de syphilomes apparus successivement (voir la thèse de Sabareanu, Lipskeroff, etc.). Mais ceux-ci ne sont pas aussi nombreux qu'ils devraient l'être indubitablement si, dans la période de première incubation, l'immunité faisait complètement défaut. Et l'on ne peut, d'autre part, exclure que, même des inoculations simultanées chez des individus qui ont eu un unique rapport contagieux, peuvent donner lieu à des lésions multiples, se succédant à brefs intervalles de temps.

L'expérimentation sur l'homme a pu conduire à des données plus précises. On connaît, dans la littérature ancienne, les observations de Belhomme, de Lindwurm, de Puche, de Gibert, de Wallace, lesquels, par des inoculations successives de matériel syphilitique à des personnes saines, ont vu réussir des inoculations faites à 2-5-9 et jusqu'à 21 jours après la première. Il est à noter, cependant, que toutes les innoculations faites entre ces limites et au delà n'ont pas été suivies de succès et que la période d'incubation subit des variations qui, si elles n'étaient pas constantes, furent presque toujours appréciables (dans le cas de réinoculation positive au 21e jour, les deux syphilomes de la première et de la dernière inoculation apparurent simultanément).

On ne peut donc pas exclure que déjà, dans la première période d'incubation, commencent à se manifester des conditions d'immunité, quoique certainement atténuées et incomplètes.

2. — *Immunité dans la période de seconde incubation.*

Indubitablement, le degré d'immunité s'accentue avec l'apparition du syphilome initial sans atteindre cependant des limites très élevées.

Quelques-uns des syphilomes successifs, particulièrement ceux qui sont apparus à distance notable du premier, à la condition d'éliminer les cas d'inoculation simultanée, sont attribués par les auteurs au transport du virus du premier syphilome (cas des syphilomes situés dans les régions qui ont un contact continuel avec celle où est localisé le syphilome initial — lèvres, scrotum, cuisses, petites lèvres, etc.). Beaucoup moins probants sont les cas allégués de syphilomes successifs par transport et auto-inoculation à distance de virus du syphilome initial, bien que, pour quelques cas très rares, ce mécanisme ne puisse être rejeté complètement, de même que l'on ne peut exclure comme ne correspondant pas à la vérité, les cas peu nombreux de syphilomes successifs à distance du premier, attribuables à des hétéro-inoculations.

La rareté de ces cas, étant donné les possibilités fréquentes de réinfection par suite de l'absence d'hygiène habituelle des malades, vient confirmer, au point de vue des preuves apportées par l'observation clinique, l'existence, lorsque le syphilome est développé, d'un degré certainement accentué d'immunité des téguments.

Les recherches expérimentales sur l'homme (en ne tenant pas compte de celles qui ont été faites dans les périodes où la distinction n'était pas possible ou facile entre l'ulcère vénérien et le syphilome) parurent pendant longtemps confirmer l'existence d'immunité *absolue* du sujet porteur de syphilome (Baresprung, l'Anonyme du Palatinat, Maurice, Rollet, Mauriac, Basset, Laroyenne, Von During, etc...) ou *presque absolue* (Fournier : résultats positifs d'un peu plus de 1 o/o des cas, Poisson, Puche, 2 o/o). Mais les recherches de Taylor, de Pontoppidan, de Ricord, de Lasch et, plus tard, celles rigoureuses de Queyrat, ont abouti à cette démons-

tration que, jusqu'au onzième jour (quatorzième pour Taylor) après l'apparition de la première manifestation, il est possible d'obtenir des résultats positifs avec l'inoculation d'auto-virus.

Ultérieurement, ces recherches furent confirmées par Lampkin, par Piccardi et Brunetti, et par Pinard, lequel a mis en évidence que le terme sus-indiqué peut être prolongé, exceptionnellement, jusqu'au 31e jour.

En général, ces syphilomes de réinoculation ont une structure histologique identique à celle du syphilome initial commun, et la constatation des spirochètes est facilement positive. Leur période d'incubation est modifiée, presque toujours abrégée.

Plus on s'éloigne de la période d'apparition du syphilome initial, moins sont accentués les caractères de la lésion de réinoculation, et plus tend à s'abréger la période d'incubation.

Les expériences de Finger et Landsteiner, qui inoculèrent un matériel abondant dans des poches cutanées, permettraient de conclure à la possibilité d'obtenir, avec un hétéro-virus, des résultats positifs (considérant comme tels même la production de simples éléments papuleux) pendant presque toute la durée de la période de seconde incubation, même alors qu'est imminente l'éruption des manifestations secondaires.

Mais sur ce point, les recherches de Finger et Landsteiner ne furent pas confirmées par celles ultérieures de Nobl, de Oppenheim, de Neisser, de Bogdanoff, et ne furent que partiellement confirmées par celles de Hashimoto et de Verrotti.

Balbi, dans ma clinique, réinoculant avec auto- et hétéro-virus deux cas de syphilome initial datant respectivement de vingt-sept et trente-deux jours, obtint la formation d'infiltrats papuleux apparus à la quatorzième et à la seizième journée, avec spirochètes constatables jusqu'au huitième jour dans le premier cas et jusqu'au quatrième dans le second. Dans un cas de Verrotti (syphilome initial à la fin de la seconde période d'incubation) sur de vastes manifestations papulo-pustuleuses provoquées par l'inoculation, on rencontra des spirochètes encore au 45e jour.

Les formes papuleuses obtenues par réinoculation et mêmes celles que quelques rares auteurs décrivent comme semblables au syphilome initial (plus grande infiltration et tendance à l'ulcération) tendent à régresser spontanément et s'aplanissent en laissant une

légère tache pigmentaire. La recherche dans ces accidents du spirochète a été quelquefois négative.

Selon Queyrat et Pinard, les réinoculations donnent, contrairement à ce qui est admis par Blum, le même résultat si elles sont pratiquées au voisinage de l'accident primitif ou si elles sont pratiquées à distance.

La présence d'adénite satellite n'est pas décrite dans tous les cas. L'ont rencontrée : Queyrat, dans deux cas ; Finger et Landsteiner, Pinard, Lipskeroff, Verrotti, etc.

Plus donc que l'observation clinique, l'expérimentation démontre que l'immunité qui existe dans la période de seconde incubation n'est pas complète. L'inoculation du virus,tant autogène qu'hétérogène, porté expérimentalement sur les téguments, est possible dans les premiers jours d'apparition du syphilome primitif, avec une manifestation qui lui est identique ; elle devient moins facile et complète à mesure que l'on s'éloigne de cette période. Mais que, même dans les cas positifs, un certain degré d'immunité soit établi, celà est démontré par le fait de l'incubation habituellement abrégée des inoculations successives et de leur caractère toujours plus abortif. Dans cette période, commence déjà à apparaître clairement le fait que l'immunité de l'organisme, si elle est appréciable vis-à-vis du virus autogène ou hétérogène apporté du dehors, ne l'est pas vis-à-vis du virus de la première greffe. La très facile récidive chez l'homme, qui devient constante chez l'animal, du syphilome excisé en est une preuve évidente.

3. — *Immunité dans la période des manifestations générales.*

L'immunité s'établit d'une manière plus évidente après l'explosion des phénomènes généraux. C'est de l'observation clinique et des expériences faites durant cette période que l'on a déduit et admis pendant beaucoup de temps, comme on l'a vu, que cette immunité serait absolue.

Si nous devions nous en tenir à l'observation clinique, nous devrions presque conclure à la vérité de cette assertion. Nous voyons, en effet, constamment, comment un syphilitique, pendant cette période et dans le temps qui lui succède immédiatement, peut

s'exposer impunément à des contacts sûrement contagieux pour un sujet sain.

Les affirmations d'un très petit nombre d'auteurs (Lipschitz, Lipskeroff) d'après lesquels des infections accidentelles seraient possibles durant cette période, sont sujettes à caution.

Mais l'expérimentation qui, dans la main des vieux auteurs, s'était montrée négative, a donné la démonstration que, même pendant cette période, l'organisme peut, de quelque manière, réagir à une nouvelle inoculation. Finger et Landsteiner, à qui nous sommes redevables de cette démonstration, ont établi que la réaction se manifeste avec des lésions de type papuleux superficiel, à incubation courte, à tendance résolutive, qui rappellent les éléments éruptifs spontanés de la syphilis à cette période.

Confirmation des recherches des deux auteurs viennois fut donnée par Erhmann, par Pinard, par Trossarello, par Cappelli, qui obtint des lésions, dans un cas qui s'écartait du type habituel (lésion gommeuse) seulement avec un virus hétérologue et remarqua qu'elles ne subissaient que des modifications nulles ou très discrètes sous l'influence du traitement spécifique ; par Pasini, qui confirma la notion de la plus grande virulence du virus hétérologue et de l'efficacité plus faible du traitement spécifique ; par Balbi, qui vit au contraire les lésions de réinoculation répondre à la thérapie spécifique.

Bizzozzero ne vit pas toujours les manifestations provoquées par la réinoculation correspondre au type de celles de la période dans laquelle se trouvait le malade.

La proportion des résultats positifs des divers auteurs varie de 58 à 100 o/o. Le caractère histologique des lésions, dans la grande majorité des cas, est celui des formes papuleuses communes. On n'a pas toujours pu démontrer, à l'examen direct, la persistance des spirochètes dans les lésions : il existe des constatations positives, de Hashimoto, de Trossarello au 25e jour. Dans ma clinique, on a obtenu l'inoculation positive au lapin d'une lésion papuleuse au 12e jour.

On n'a pas pu jusqu'ici fournir la preuve que les spirochètes du foyer de réinoculation dans la période secondaire passent dans la circulation. Les constatations de Hashimoto, qui dans un cas aurait

trouvé l'adénite satellite et aurait vu surgir plus tard un exanthème spécifique, demandent confirmation.

4. — *Immunité dans la période de latence.*

Dans le temps qui succède à la période des manifestations générales, l'organisme, bien qu'il reste sous l'empire de l'infection, n'en présente pas cependant de signes appréciables. L'état immunitaire persiste, accentué, pendant ce temps. Là aussi, l'expérience clinique autorise à parler d'une immunité absolue ou presque. La recherche expérimentale sur l'homme démontre, au contraire, que, non seulement, les téguments de l'organisme, en période latente, peuvent répondre à l'apport du virus, mais que peut-être même l'organisme entier du sujet peut être envahi par le germe de nouvelles inoculations.

Trossarello, sur cinq cas, a obtenu dans l'un des infiltrats papuleux, dans lesquels, encore au 25e jour, existaient des spirochètes, dans un autre une lésion avec les caractères du syphilome initial, avec présence de spirochètes et avec réaction de Wassermann devenue plus nettement positive qu'au début de l'expérience, puis, dans la soixantième journée, apparut une roséole typique.

Metschersky et Bogdanoff décrivent des effets analogues à ceux de la période secondaire. Cappelli, dans un cas, vit se produire des formations nodulaires, qui persistèrent longtemps, malgré le traitement, et qui, transplantées sur le lapin, reproduisirent un syphilome. Balbi obtint des résultats positifs dans 6 sur 8 cas, avec des lésions papuleuses plus ou moins évidentes, parfois avec retentissement ganglionnaire, et, dans deux cas avec modification vers la positivité de la réaction de Wassermann.

L'examen histologique démontra dans les lésions la structure des papules de la période secondo-tertiaire. Dans un cas, la réinoculation au lapin fut positive encore au 22e jour.

Bizzozzero a obtenu des lésions papuleuses ou nodulaires petites, parfois avec configuration en corymbes. Mais il a remarqué, dans un nombre relativement élevé de cas, la concomitance d'adénites, dans deux cas, la modification dans le sens de la positivité de la réaction de Wassermann et des modifications générales, érythéma-

teuses et papuleuses, dans les délais habituels, dans deux autres cas avec réaction de Wassermann positive, adénite et roséole.

Des résultats expérimentaux ci-dessus exposés, il résulte que, dans la période de latence, il y a une tendance à l'atténuation de l'immunité, qui se manifeste par des lésions plus évidentes au point d'inoculation, et par des signes de plus grande diffusion de l'infection.

5. — *Immunité dans la période tertiaire.*

De rares observations cliniques infirment la règle de l'immunité presque absolue dans la période tertiaire. Elles sont dues à Pöhlmann, à Stern, à Lipskeroff, à Poirier et Collet, à Pinard, à Ehrmann, à Paranougian, à Ducrey, etc...

Du côté expérimental (sans compter le cas ancien de Schnepf qui a aujourd'hui toutes les apparences d'un cas réussi de superinfection) Finger et Landsteiner ont démontré comment, presque dans chaque cas, la réinoculation d'un luétique en puissance de tertiarisme détermine des lésions qui conservent le type et le décours de la gomme. Cette donnée a été confirmée par Ehrmann, par Queyrat et Pinard, par Vignolo-Lutati, par Trossarello, par Bogdanoff, par Hashimoto, par Pasini et par Balbi, qui a employé pour l'inoculation, comme dans les autres expériences, outre le virus hétérologue humain, un virus de passage sur le lapin (Truffi et Nichols). Bizzozzero aussi la confirme, d'une manière générale, constatant cependant que des syphilitiques qui, en raison de l'époque lointaine de la première infection, devraient réagir par des accidents nodulaires, réagissent parfois avec des lésions papuleuses, et *vice-versa*, des syphilitiques récents réagissent par des formations nodulaires. Des exceptions à la règle sont encore signalées par Cappelli et Piccardi.

La période d'incubation des lésions est habituellement courte. Bizzozzero aurait remarqué que la réaction allergique qui succède immédiatement à l'inoculation, ne se résout pas, mais se continue sans interruption dans la forme nodulaire. Dans les cas que nous avons observés, nous avons vu habituellement céder les premiers phénomènes réactifs et consécutivement se développer l'infiltration qui conduit à la lésion gommeuse. La fréquence des inoculatio

réussies est habituellement plus accentuée que dans les autres périodes.

Finger et Landsteiner ont démontré, par l'inoculation au macaque, la présence de spirochètes dans le noyau gommeux d'inoculation.

Pasini y a trouvé des spirochètes dans la dixième journée. Balbi a obtenu l'inoculation positive au lapin dans trois cas, respectivement dans la 16e, la 27e et la 36e journée.

Au point de vue histologique, comme déjà l'ont observé Finger et Landsteiner, et comme l'a confirmé Balbi, la structure du nodule de réinoculation est la même que celle du nodule gommeux, avec typiques lésions vasculaires et infiltrat granulomateux, avec tendance à la nécrose centrale. Donc, l'organisme, ou tout au moins les téguments, du syphilitique tertiaire réagissent presque constamment d'une manière tout à fait spéciale à un nouvel apport de virus. L'immunité semble subir une notable atténuation comparativement aux périodes précédentes.

6. — *Immunité dans la période quaternaire.*

La réaction aux réinoculations pendant la période dite quaternaire est tout à fait différente de celle de la période tertiaire.

Au point de vue clinique, ont été rapportés des cas de nouvelle infection chez des individus présentant des manifestations de cette période par Brandt, Brandweiner, Fiocco, Friedländer, Gennerich et Zimmern, Pöhlmann, Stümpke, Zieler, Lipskeroff, Fischer, Oro, Zak, Paranougian, etc... La plupart cependant de ces cas ne résistent pas à la critique.

L'expérimentation démontre comment, chez les paralytiques progressifs, la réinoculation échoue constamment. A cette démonstration concordent les recherches de Hirsch, de Kraft-Ebing, de Levaditi et Marie, de Sicard, de Scharnke et Ruete, de Jahnel et Lange (dans un seul cas, précédemment soumis à un traitement énergique, ils obtinrent un résultat faiblement positif) de Kraus et Spitzer, de Sagert, de Siemens, de Piccardi, de Balbi, de Bizzozero, de Farina. On devrait donc en conclure qu'il existe un état d'immunité tégumentaire complète. Mais tout récemment, Prigge et Rukowsky auraient réussi à démontrer que l'immunité du paralyti-

que progressif est seulement apparente et qu'une inoculation de virus de lapin à la peau peut, sans donner de signes locaux, déterminer un passage de spirochètes dans l'organisme et plus spécialement dans les ganglions lymphatiques où ils peuvent être dépistés après un long intervalle de temps.

Dans le tabès, Bogdanoff a obtenu, dans 3 cas sur 6 des formes papuleuses avec longue incubation, Pasini une forme nodulaire, Piccardi, un résultat négatif dans 4 cas, et dans un cas, une papule de type secondaire.

Bizzozzero, sur 6 tabétiques, obtint dans 5 cas des réactions plus ou moins accentuées : soit, deux fois des formes papuleuses rapidement résolutives, trois fois de petits nodules infiltrés de longue durée, dont l'un compliqué d'une éruption papuleuse environnante, et l'autre aboutissant à l'ulcération.

Les données expérimentales ne permettent cependant pas de penser à une insensibilité absolue de l'organisme à un virus de nouvelle inoculation dans la période quaternaire, même dans cette forme, la paralysie générale progressive, dans laquelle, jusqu'ici, on a admis que l'insensibilité devait être plus complète.

7. — *Immunité dans la lues congénitale.*

Que la syphilis congénitale puisse donner lieu à l'immunité, au moins relative, contre de nouvelles infections, c'est là une notion admise déjà par les premiers médecins de la Renaissance, et beaucoup d'entre eux ont attribué à ce fait la raison de l'atténuation de la lues dans le temps.

Par la suite on a admis que l'immunité ainsi obtenue était absolue.

Mais, même dans le domaine clinique, on ne tarda pas à constater l'inexactitude de ce postulat. Il me suffira de rappeler à ce propos les observations de syphilis *binaire* de Tarnowsky, les cas de Le Pileur, de Beurmann, Jullien, Wickam, Gastou, Lévy-Bing, etc.

A cette question se sont particulièrement intéressés Gaucher et Rostaine lesquels, avec de larges recherches bibliographiques et des observations personnelles, ont prouvé que beaucoup d'hérédo-syphilitiques avec des lésions dystrophiques évidentes, pouvaient con-

tracter des infections nouvelles, qui semblent parfois se limiter à l'accident initial, mais habituellement donnent lieu à des manifestations générales. Des cas de ce genre sont nombreux dans la littérature et tout syphiligraphe peut se rappeler d'en avoir observé dans sa pratique. Gaucher et Rostaine admettent même que, exceptionnellement, des hérédo-luétiques qui ont seulement des manifestations de type tertiaire, pourraient contracter une seconde infection (voir les cas de Merkel, de Dieulafoy, de Bœck, de Hutchinson, de Lanz, de Stern, et les observations de Lacapère au Maroc; Joltrain cite des observations d'hérédos à réaction de Wassermann positive, qui se sont de nouveau contagionnés).

L'immunité absolue existerait seulement dans les cas dans lesquels ont été présentes des manifestations contagieuses de type secondaire. Mais, même dans ce cas, des exceptions semblent possibles, bien que rares. On cite à ce propos un cas de Taylor.

Récemment, E. Hoffmann a admis la possibilité d'une seconde infection d'un nouveau-né atteint de syphilis congénitale, dans le moment où durant l'accouchement il passe à travers les organes génitaux malades de la mère. Il aurait pu en effet observer un typique syphilome initial de la tête, chez un nouveau-né qui présentait des manifestations évidentes de syphilis congénitale, confirmée à l'autopsie.

Cette observation serait en contradiction avec les opinions qui ont eu cours à l'égard de la possibilité d'interférences de contagion entre la mère et l'enfant. La loi de Colles et Baumès et celle de Profeta sont considérées en effet comme subsistant dans leur portée pratique bien qu'on puisse admettre comme démontrée l'inexactitude des suppositions sur lesquelles elles sont fondées. L'absence de transmission de la syphilis de la mère au fœtus ou *vice-versa*, obéirait aux lois générales de l'immunité dans la syphilis et n'adviendrait seulement qu'autant que tous les deux seraient infectés par la lues. Les rares exceptions que l'on connaît aux lois de Colles et de Profeta s'accordent avec celles que nous avons rappelées dans les diverses périodes de la syphilis acquise.

Sur la gravité de la seconde infection dans la syphilis héréditaire, les opinions diffèrent. Bénigne pour la majorité des auteurs (Barthélemy, Pinard, Gougerot, Thibierge et Joltrain) elle aurait une évolution plus grave pour d'autres (Wickam, Tarnowsky, etc...).

Au point de vue expérimental, je rappellerai les expériences de Metschersky et de Bogdanoff, lesquels, réinoculant des sujets qui présentaient des signes évidents de dystrophie luétique ou des manifestations de type gommeux, avec réaction de Wassermann positive, obtinrent des lésions nodulaires, qui s'ulcérèrent et guérirent avec cicatrice très rapidement, sous l'action du traitement spécifique.

Dans notre clinique, ont été réinoculés deux hérédo-luétiques tardifs : un, avec de très graves lésions gommeuses de la face, guéries avec une vaste mutilation, présenta, après greffe d'un virus hétérologue humain, un nodule de type gommeux, qui s'ulcéra dans la 28e journée, et qui, à 70 jours de l'inoculation, avait un diamètre de 3 centimètres. Constatation positive de spirochètes au 48e jour. La lésion évolua vers la guérison sous l'influence de la cure spécifique arsenicale. Une seconde inoculation au même malade avec un virus de passage sur lapin (Nichols et Truffi) a donné un résultat encore plus net, avec une énorme lésion ulcéreuse, incubation plus courte que la première. Au 19e jour, inoculation positive au lapin. Guérison rapide par le traitement. L'examen histologique mit en évidence des lésions de type granulomateux avec altérations profondes des parois vasculaires. Dans un second cas, femme de 25 ans, avec reliquats de vastes gommes ulcérées du palais, difformité cranienne, nez en selle et polyadénite diffuse, la réinoculation avec un virus de passage (Nichols) a déterminé des lésions nodulaires qui se sont ulcérées par la suite et se sont guéries par le traitement arsénobenzolique. La structure histologique a été aussi dans ce cas celle de la gomme.

L'inoculation chez des lapins de suc de ganglion lymphatique et de sang des deux malades n'a pas donné lieu jusqu'à maintenant à des résultats appréciables.

Nous pouvons donc considérer que l'immunité déterminée par une infection congénitale est seulement relative, et que l'organisme qui a, durant la vie intra-utérine, subi l'influence de l'infection luétique, peut répondre, à un moment donné à une nouvelle inoculation de syphilis, se comportant dans certains cas comme un organisme sain, dans d'autres comme un organisme affecté de syphilis acquise.

8. — *Immunité chez les individus présumés guéris.*

J'ai parlé jusqu'ici presque exclusivement des manifestations auxquelles peut donner lieu l'inoculation de matériel syphilitique à des individus chez lesquels est encore en cours la première infection.

A dessein, je ne me suis pas occupé de ce que l'on considère généralement comme la vraie *réinfection*, c'est-à-dire l'infection nouvelle d'un organisme guéri d'une précédente attaque de la maladie.

Le problème de la réinfection porte en lui-même toute la question de la curabilité de la syphilis, question que je ne puis pas ici traiter à fond (je renvoie aux rapports de Tommasi à la Société Dermatologique italienne, et de Rosenthal et Bergel à la Société Dermatologique de Berlin) et dont je me borne à fixer quelles sont en pathologie humaine, les limites probables, selon la majorité des syphiligraphes.

Il est presque universellement admis qu'il n'existe pas de critères absolus pour affirmer dans les divers cas particuliers la guérison de la syphilis. Ni les données cliniques, ni les réactions sur les liquides organiques ne peuvent servir à ce but. Zieler et Hamel ont voulu appliquer à l'homme le critère suivi dans les expériences chez les animaux, c'est-à-dire celui de l'inoculation au lapin et au rat, de ganglions lymphatiques de syphilitiques soignés dans une période récente ou tardive de la maladie. Mais le résultat négatif obtenu ne peut en aucune manière être invoqué comme un élément probant de guérison, parce que trop nombreuses sont les causes qui peuvent déterminer une telle négativité, même en dehors de la guérison du sujet. Qu'il suffise de penser que quelques fois, même avec du matériel humain riche de spirochètes, on ne réussit pas à infecter le lapin.

C'est pourquoi, si nous devions considérer le problème d'un point de vue purement scientifique, nous pourrions contester chacun des cas de guérison affirmés et chacun des critères d'un tel jugement. Mais si nous les confrontons avec des critères peut-être moins rigoureux, mais certainement mieux adaptés aux résultats de l'expérience clinique, nous ne pouvons pas ne pas admettre que

chez l'homme l'infection luétique puisse aboutir à la guérison. Cela peut arriver, peut-être même dans les cas non soumis à un traitement, par les forces même de défense de l'organisme (voir le récent travail de Bruusgaard).

Mais les probabilités de guérison augmentent sous l'action des traitements, et d'une manière particulière par le traitement arsénobenzolique, spécialement si on l'emploie d'une manière intensive dans les toutes premières périodes de la maladie. Tous les syphiligraphes qui ont suivi leurs malades actuellement depuis une vingtaine d'années peuvent affirmer que la plus grande partie de ceux qui ont été soignés intensément, dans la période préhumorale, sont dans des conditions à faire admettre qu'on ait obtenu une complète stérilisation de l'organisme.

De toute façon, il est désormais acquis que l'organisme humain, spécialement sous l'action d'un traitement opportun et intense, peut être mis en condition de ressentir les effets d'une nouvelle infection d'une manière différente qu'ils sont ressentis habituellement par un organisme encore sûrement malade et de la même manière, et avec un cycle identique, au contraire, qu'ils sont ressentis par un organisme sain.

C'est dans ces cas que nous pouvons parler de *réinfection*, sans donner à cette parole, la signification d'une infection qui se développe dans un organisme mathématiquement guéri, mais celle seulement qui se développe, comme dit Pinard, sur un terrain qui a toutes les apparences de la guérison.

Exceptionnellement rares dans l'ère présalvarsanique, les cas de réinfection sont devenus infiniment plus nombreux, après l'introduction de l'arsenic dans la thérapeutique.

Les caractères préalables pour admettre, dans un cas déterminé, une réinfection, sont : la certitude absolue de la première infection, une période suffisamment longue de silence clinique, une seconde incubation suivie habituellement jusqu'à l'apparition des manifestations générales.

Entre ces limites ont été fixées de très nombreuses conditions auxquelles le cas examiné doit obéir pour que le diagnostic de la réinfection puisse être admis. Je renvoie, ne pouvant pas m'étendre sur ce point, aux rapports de Bernard et de Carle et aux discussions qui ont suivi, dans lesquels la question a été traitée à fond.

L'observation plus ou moins étroite des conditions auxquelles il vient d'être fait allusion, a entraîné des valorisations diverses des cas qui ont été rapportés comme cas de réinfection.

Ainsi Hudelo, en 1891, n'a trouvé, sur 158 cas recueillis dans la littérature, *aucun cas* qui répondit exactement aux conditions admises par lui pour la réinfection. John, en 1909, admet que, sur 356 cas de réinfection supposés (322 à première infection acquise, et 34 à première infection congénitale) 14 seulement, tous à première infection acquise, présentent les données pour pouvoir admettre une réinfection réelle.

Benario a recueilli en 1912-1914, c'est-à-dire dans les premières années de la thérapie salvarsanique, 96 cas, dont 41 seraient à considérer comme de véritables réinfections, 13 vraisemblables, 28 possibles et 14 non vraisemblables.

Par un examen rigoureux de la statistique de Benario, Audry réduit les cas certains à une trentaine, nombre toujours élevé si on considère la courte période de temps dans laquelle ils ont été observés, en comparaison de la longue période embrassée dans la statistique de John.

En se prévalant des données statistiques déjà indiquées et de celles de Rost, de Martinetti, d'Oltramare, de Piccardi, etc..., Brunetti énumère, en 1924, 188 cas (sans avoir la prétention de rapporter tous ceux publiés jusqu'alors) auxquels il en ajoute 9 personnels. Plus tard Piccardi ajoute 7 autres observations personnelles.

Une liste assez complète est donnée par Bernard, qui énumère dans son rapport les auteurs qui, dans divers pays, se sont occupés du problème de la réinfection, ainsi que les cas par eux rapportés.

Tout récemment, en Amérique, Halley et Wassermann ont étudié la question spécialement au point de vue de l'importance du moment où a été commencé le traitement spécifique.

Les deux auteurs, pour ne pas envelopper dans le concept de réinfection l'idée de guérison de la première infection, parlent, co me précédemment Mendes da Costa et Bernard, d'*infection seconde*, plutôt que de réinfection. Il recueillent, dans la littérature à partir de 1910, 676 cas, admettant que quelques-uns aient échappé à leur enquête.

Avec des critères un peu différents de ceux que nous avons énumérés (plus restrictifs sur un point, en ce qu'ils exigent que la

première infection ait été contrôlée par des méthodes de laboratoire, plus larges sur un autre puisqu'ils estiment que, pour admettre la seconde infection il suffit de trouver une lésion à type de syphilome initial, avec constatation positive de spirochètes, à siège différent de celui de la première infection et après traitement actif) ils limitent à 237, compris 8 personnels les cas probants. De ceux-ci, 165 avaient été traités de la première infection dans la période primaire, 67 dans la période secondaire, 4 dans la période latente ; dans un cas, la première infection était congénitale. Les malades, sauf trois, avaient eu une cure arsénobenzolique seule, ou associée avec le mercure et le bismuth. D'une manière générale donc, ils trouvèrent que la fréquence de la seconde infection est inversement proportionnelle au temps du début du traitement de la première infection. Les cas de nouvelle infection deviennent exceptionnels chez les sujets qui ont été traités tardivement.

Aux cas de Halley et de Wassermann on peut en ajouter une vingtaine, dont j'ai trouvé trace dans la littérature récente. Mais, indubitablement, de très nombreux cas ne sont pas publiés. Il n'y a pas de syphiligraphe qui ne compte parmi ses observations dans ces vingt dernières années quelques cas de réinfection.

On a décrit même quelques observations de double réinfection : c'est-à-dire d'individus qui auraient contracté par trois fois, avec des périodes de guérison présumée, l'infection luétique avec des manifestations typiques. Halley et Wassermann rappellent 8 cas semblables. Brunetti en a décrit un, d'autres l'ont été par Paranougian, par Cannon, par Orphanides, par Oppenheim, par Hissard. Un cas de quatre infections successives est rapporté par Ahmann.

Les données expérimentales sur l'homme dans le domaine de la réinfection, c'est-à-dire d'inoculations à des personnes présumées guéries, sont rares. On peut dire que les seules sont celles qui ont été rapportées récemment par Piccardi et Brunetti, qui auraient réussi à produire, chez deux malades qui avaient reçu un traitement intense dans la période primaire de la précédente infection, non seulement une manifestation locale apparue avec l'incubation voulue, à structure histologique typique et contenant des spirochètes, mais aussi une adénite satellite et des manifestations générales : c'est-à-dire le cycle complet d'une infection luétique.

Chez l'un des malades, au moment de la réinoculation, la réaction

de Wassermann était négative, chez l'autre au contraire, légèrement positive.

Pour conclure, il nous semble pouvoir admettre, en suivant les critères sus-énoncés, qu'il peut y avoir des cas de réinfection, en attribuant cette dénomination à ces formes de nouvelle infection qui se manifestent dans les organismes que l'on peut présumer guéris de la précédente syphilis et qui suivent les modalités d'une infection dans un organisme neuf.

Mais il est certain que, si nous voulons suivre un fil logique rigoureux nous réussissons difficilement à trouver les limites entre une superinfection et une réinfection. Dans la superinfection, comme nous l'avons vu, les réactions à la nouvelle inoculation se limitent généralement, pour autant qu'il nous est donné de connaître, à des accidents locaux généralement résolutifs : habituellement, nous ne parvenons pas à mettre en évidence, ni un retentissement ganglionnaire, ni des manifestations générales consécutives, ni, chez l'homme du moins, pénétration dans la circulation des spirochètes inoculés, déterminant une infection asymptomatique; la constatation de spirochètes dans la lésion initiale est généralement rare et de brève durée. Mais nous trouvons, bien que rarement, également des cas de nouvelle infection dans des organismes encore sûrement malades, c'est-à-dire de superinfection, dans lesquels les spirochètes se rencontrent même à distance notable du moment de l'inoculation, les ganglions lymphatiques participent au processus, les réactions sérologiques se modifient, tout l'organisme enfin semble réagir avec des modifications générales, qui, par leur caractère ne diffèrent pas de celles qui surgissent dans un organisme vierge de précédente infection.

Qu'il me suffise de citer à ce propos les cas de superinfection accidentelle décrits par Ducrey, Lipschitz, Scommazzoni, Joltrain, Pöhlmann, Stern, Lipskeroff, Paranougian, etc..., et les faits expérimentaux de Hashimoto, de Verrotti, de Balbi, de Bizzozero, etc... On a donc, dans les organismes luétiques, qui rencontrent une nouvelle infection, toute une gamme de lésions, depuis les formes abortives semblables aux réactions allergiques par produits spirochétiques morts, jusqu'aux manifestations cycliques classiques de la syphilis qui attaque un organisme sain. Dans ce second cas, l'issue de la réinoculation se confond avec ce qui est caractérisé comme réinfection.

L'unique caractère différentiel devrait consister dans cette condition de guérison de la première infection, laquelle, comme on l'a vu, dans un cas donné, ne peut être démontrée de manière absolue.

De toute cette discussion, il résulte que je pense, considérant le problème d'un point de vue pratique, qu'il convient de conserver les deux dénominations de superinfection et de réinfection, auxquelles, sur le terrain clinique, correspondent réellement et presque constamment des tableaux différents. Et je ne crois pas devoir m'associer à ceux qui veulent grouper l'une et l'autre sous l'unique appellation d'*infection seconde*, appellation qui ne sert qu'à tourner la question posée sans la résoudre.

E. — IMMUNITÉ DANS LA SYPHILIS EXPÉRIMENTALE CHEZ LES ANIMAUX

Comme je l'ai indiqué, je ne m'occuperai que brièvement de la question de l'immunité des animaux réceptifs vis-à-vis de la syphilis et seulement pour les conséquences qu'elle peut avoir avec l'immunité dans l'espèce humaine.

Déjà Metschnikoff et Roux, puis Finger et Landsteiner, Neisser, Krauss et Volk, avaient démontré la possibilité d'obtenir chez les singes des syphilomes successifs par des inoculations répétées à distance variable de temps.

Les nouveaux syphilomes avaient habituellement des caractères de moindre gravité que le premier et l'incubation se montrait en général abrégée.

Chez le lapin, des inoculations successives, pratiquées avant que se soit manifestée la « prise » de la première inoculation, ont régulièrement un résultat positif. Et l'excision du foyer d'infection (Adachi, Strempel et Armuzzi, etc.) dans la période de première incubation, est constamment suivie de récidive.

Chez les singes, même lorsque le syphilome initial est développé, (Metschnikoff et Roux, Finger et Landsteiner, Neisser), la réinoculation réussit, au moins dans les premiers jours. Plus tard, la réinoculation des singes devient très rare. Neisser a eu des résultats généralement négatifs.

Seulement dans une faible proportion de cas, il vit se produire

une lésion avec les caractères du syphilome initial par superinfection pratiquée de 60 à 503 jours après la première infection. Finger et Landsteiner obtinrent dans les mêmes conditions des résultats négatifs.

Chez les singes soumis à un traitement, on pourrait, au contraire, selon Neisser, obtenir, encore que rien d'absolu ne puisse être affirmé à ce sujet, que l'animal s'achemine vers la guérison et soit passible d'une vraie réinfection.

Chez le lapin, par des recherches déjà anciennes, j'ai pu observer, bien que d'une manière inconstante, des réinoculations positives, avec le même virus employé pour la première infection, encore une année et demie après la première inoculation et, chez un animal, j'ai vu « prendre » jusqu'à quatre reprises, des spirochètes de nouvelle inoculation. Tomaczewsky obtint un résultat positif jusqu'au 66ᵉ jour de la première inoculation. Mais particulièrement intéressantes sont à ce point de vue les expériences de Kolle et de son école : elles ont mis en lumière comment la réinoculation avec un virus de la même souche que la première (virus homologue) en deçà du 60ᵉ jour, donne des résultats positifs dans 50 à 60 o/o des cas. Les résultats deviennent plus rares du 60ᵉ au 90ᵉ jour et sont constamment négatifs après le 90ᵉ jour. Ces recherches ont été substantiellement confirmées, comme on sait, par Mulzer et Nothaas, par Brown et Pearce, Armuzzi, etc...

Si au contraire la réinoculation est pratiquée avec un virus de souche différente (virus hétérologue) elle est positive, au moins dans 50 o/o des cas, même au delà du 90ᵉ jour de la première infection.

Il existe donc chez le lapin, une *monoimmunité*, à la différence de l'homme, chez lequel l'immunité est présente même vis-à-vis de virus de diverse provenance (*panimmunité*).

L'immunité vis-à-vis du virus homologue persiste pendant toute la vie chez le lapin, et c'est suivant Kolle, une immunité par infection c'est-à-dire liée à la persistance de la première infection dans l'organisme. Le traitement intense, spécialement arsénobenzolique, s'il est pratiqué dans les premiers temps de l'infection, est capable de stériliser le lapin et de lui faire perdre ou de l'empêcher d'acquérir l'immunité. Si la cure est commencée après un certain temps (45-90 jours) elle n'exerce aucune influence sur la guérison de la

maladie et sur la réinoculabilité. Des cures substérilisantes, pratiquées dans une première période peuvent (Brown et Pearce) retarder l'établissement de l'immunité et rendre positives les réinoculations à une période dans laquelle, chez les animaux non traités, elle ne sont plus possibles.

Selon Chesnay et Kemps, au contraire, encore jusqu'au 6e mois, l'infection chez le lapin peut être guérie avec le salvarsan. Du même avis sont Reiter, Manteuffel et Worms, Uhlenhuth et Grossmann. La preuve en serait fournie, plus que par la possibilité de la réinfection, par le fait que les organes du lapin traité, inoculés à l'animal sain, ne transmettraient pas la maladie.

Mais ultérieurement, Prigge a réussi à démontrer que l'absence d'inoculabilité des organes du lapin traité dans de semblables conditions était seulement transitoire et liée à un effet temporaire du traitement.

Au bout d'un certain temps, les organes du lapin deviennent inoculables avec succès. Ce qui prouve que la guérison de l'animal sous l'influence du traitement commencé tardivement, est seulement apparente.

Se basant sur les résultats de leurs recherches, d'après lesquelles un lapin guéri pouvait présenter une immunité absolue vis-à-vis d'une nouvelle infection, les auteurs que nous avons cités et, avec eux Vogtlin et Dyer, Breinl et Wagner, ont admis que la syphilis peut donner, non seulement une immunité par infection, mais même une véritable immunité.

Kolle au contraire, fort des expériences de Prigge, estime que l'issue négative de la réinoculation au lapin signifie seulement l'existence d'une immunité par infection et non d'une *Echteimmunität.*

Encore que les expériences sur l'animal ne soient pas sur ce point transposables telles quelles à la pathologie humaine, en raison de l'évolution différente de l'infection, il est certain que les faits que nous venons d'énoncer peuvent être d'un certain secours dans l'interprétation de l'obscur problème de l'immunité dans la syphilis. Nous verrons dans les chapitres suivants quel profit on peut en tirer.

F. — INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DE RÉINOCULATION

Si nous voulons résumer en peu de mots le résultat des données que nous venons d'exposer, nous pourrons dire que, contrairement à ce qui a été pendant si longtemps admis, il demeure démontré que l'immunité du syphilitique à l'égard de nouvelles infections n'est pas complète.

L'organisme humain, encore sûrement infecté de syphilis, répond en général à une nouvelle inoculation sur les téguments par une gamme de lésions d'intensité diverse, qui, d'une manière générale, correspond au type des manifestations de la période dans laquelle se trouve le syphilitique (*superinfection*).

Ce n'est que dans de rares conditions que la réponse à la nouvelle greffe semble absolument négative.

L'organisme, dans lequel il n'est pas possible de mettre en évidence aucun signe certain de la lues antérieure, peut répondre à une nouvelle greffe, en outre des modalités précédemment exposées, par une infection qui évolue comme chez un individu atteint pour la première fois de la lues (*réinfection*).

Mais les données sur lesquelles s'appuient ces conclusions méritent d'être validées, discutées et illustrées, pour mettre en lumière les modalités et le mécanisme intime avec lesquels se présente et auxquels obéit l'immunité de la lues.

Déblayons tout d'abord le terrain de quelques objections qui ont été opposées à la réalité d'une nouvelle infection. On a objecté que les lésions obtenues par la réinoculation expérimentale de virus syphilitique ne représentent pas autre chose que le résultat d'actions traumatiques lesquelles agiraient par l'état particulier d'allergie cutanée, générique ou spécifique, ou encore, plus facilement (Neisser, Schereschewski, Worms, etc.) auraient la propriété de réactiver les spirochètes inclus depuis longtemps sur place ou d'exercer une attraction sur d'autres venus d'autres points par voie sanguine.

Le manque de consistance d'une semblable hypothèse, qui s'appuie principalement sur les vieilles expériences de Tarnowsky et sur les cas connus de localisation luétique sur les points trauma-

tisés, est établi par divers faits. Avant tout, il convient de remarquer que les lésions de réinoculation surgissent, non seulement en employant la méthode de Finger et Landsteiner, des poches cutanées, mais même en traumatisant très légèrement la peau avec de simples scarifications (Piccardi, Bizzozzero, Farina, etc...). Les traumatismes de contrôle sans inoculation ne sont jamais suivis de lésions appréciables : même là où l'on inocule du tissu non infecté de syphilis ou du matériel spirochétique tué (Pasini, Balbi) la réaction, quand elle existe, est absolument fugace et différente de celle qu'on obtient avec du matériel virulent.

En second lieu, il est acquis que les infections par des germes banaux, qui pourraient pénétrer avec la greffe, ont une évolution et un résultat différent de celui que donne habituellement la réinoculation spécifique.

Enfin, il est démontré que dans les lésions provoquées par la réinoculation, on peut découvrir, pendant un certain temps du moins, des spirochètes vivants. Les expériences de superinfection faites dans ma clinique avec du virus de passage sur lapin, ont permis d'établir, non seulement la longue persistance de spirochètes vivants dans les lésions, mais aussi que le virus présent en elles est le virus de la même souche qui a servi pour l'expérience.

Contre l'assertion que les lésions obtenues ne seraient que des manifestations d'allergie spécifique ou aspécifique, analogues à celles que l'on obtient par exemple, avec les diverses luétines, il y a le fait de la période d'incubation différente des lésions elles-mêmes et de l'évolution aussi essentiellement différente. La sensibilité à l'action thérapeutique, sensibilité qui a été mise en doute par quelques auteurs, mais qui, d'après mes expériences, s'est montrée identique à celle des manifestations naturelles de la lues, vient, elle aussi, à l'appui de l'idée que les lésions de superinfection sont de véritables manifestations de syphilis.

Des objections analogues, qui, comme on le voit, apparaissent inconsistantes, contre les inoculations expérimentales ont été faites aussi contre les nouvelles inoculations accidentelles. Mais, dans ce cas aussi, elles n'apparaissent pas plus probantes.

Il n'est pas douteux qu'il peut exister, particulièrement dans la période un peu avancée de la lues, des lésions isolées spontanées liées au virus de la première infection, lesquelles présentent les

caractères de lésions de périodes généralement déjà révolues et spécialement de l'accident primaire (chancre *redux* de Fournier, *Solitär sekundäraffekt* de Thalmann, *Pseudoprimäraffekt* de Hoffmann, etc...) et que ces lésions ont été trop souvent confondues avec des produits de super ou de réinfection ; il est cependant hors de doute qu'il existe des lésions qui sont la conséquence certaine d'un apport, même occasionnel, de nouveau virus syphilitique sur la partie atteinte. Il est démontré cependant que les lésions consécutives à de nouvelles inoculations de matériel virulent dans un organisme qui aurait précédemment subi une infection luétique, représentent des foyers de nouvelle infection, soit que ceux-ci se développent avec les modalités et avec les caractères avec lesquels évolue une infection sur un terrain vierge de syphilis (syphilome initial) soit qu'ils s'extériorisent par des manifestations diverses, à caractère facilement résolutif (phénomènes de type papuleux) ou bien à caractères plus profonds et destructifs (phénomènes de type gommeux).

Le type et l'intensité des lésions obtenues ne varient pas beaucoup chez l'homme, soit que l'on use, là où cela est possible, du virus du patient, soit que l'on use de virus de provenance diverse. Les conditions d'expérience sont, à ce point de vue, différentes de celles que l'on a chez l'animal.

Chez l'homme, on peut employer, soit le virus du patient lui-même, et l'expérience reste dans ce cas circonscrite au moment où existent des manifestations contagieuses en activité, soit un virus humain d'une autre origine (virus humain hétérogène) soit un virus adapté à l'animal.

De toute façon, la différence des lésions obtenues ne concerne en général que leur degré d'intensité et, pour quelques auteurs, moindre facilité de prise du virus autogène.

Chez l'animal au contraire, on peut nettement distinguer un virus *homologue*, que nous réussissons à perpétuer d'une même souche par des transports successifs d'animal à animal, d'un virus *hétérologue*.

Et les différences des résultats obtenus avec l'un ou l'autre virus sont, comme on l'a vu, fondamentales.

A ce propos, pourrait être posée la question de l'existence, même dans la syphilis humaine, de diverses souches ou races de spiro-

chètes, à activité fondamentalement différente, et avec un organotropisme différent.

Mais je ne fais qu'effleurer le problème en passant, juste pour rappeler les polémiques issues de la conception de Levaditi et Marie, sur l'existence d'un spirochète neurotrope et pour dire qu'un tel dualisme n'est pas démontré, malgré les nombreux arguments invoqués en sa faveur. Dans l'ensemble, la différence de décours d'un cas à l'autre, les diverses localisations organiques peuvent trouver leur explication plus dans les facteurs constitutionnels de l'organisme ou dans les conditions extrinsèques, que dans un tropisme spécial préexistant du parasite.

On ne peut pas dissimuler cependant que certaines recherches récentes sembleraient être en faveur d'une adaptation tropo-organique des spirochètes.

Ce sont les recherches de Kritschewsky, lequel aurait trouvé que des spirochètes de fièvre récurrente, de souche différente, ont une affinité différente pour le cerveau des souris (de 16 à 78 o/o selon la souche employée) et celles de Georgi, Prausnitz et Fischer, dont le but est de démontrer que les spirochètes peuvent prendre une spécificité biologique différente selon l'organe dans lequel ils végètent et acquérir par exemple une virulence particulière pour le système nerveux central, quand ils ont vécu longtemps comme saprophytes dans le tissu nerveux. C'est là un fait d'ailleurs depuis longtemps démontré par Stühmer, pour la trypanosomiase et qui trouve confirmation dans les épreuves de Schlossberger, lequel a observé que le virus syphilitique du lapin, passé à travers le cerveau de la souris et retransporté dans un second temps de nouveau au lapin, acquiert une affinité pour le système nerveux de l'animal, qu'il ne possédait pas tout d'abord.

La métasyphilis, selon ces vues nouvelles, pourrait être provoquée par un spirochète de souche commune, qui aurait pris, en vivant longtemps dans le tissu nerveux, une *neurotropie* particulière.

La possibilité de modifications biologiques des spirochètes est confirmée encore par les recherches récentes d'Eberson lequel a obtenu, de cas de syphilis latente, une souche de spirochètes moins active et envahissante que la souche initiale, et semblable, par les lésions qu'elle provoque, à la souche neurotrope de Leva-

diti. Eberson, toutefois, estime que les modifications observées ne sont pas inhérentes à une véritable spécificité du type, mais dues plutôt aux conditions d'ambiance dans lesquelles le spirochète a été mis à même de vivre.

G. — ALLERGIE ET IMMUNITÉ DANS LA SYPHILIS

Cherchons maintenant à pénétrer plus intimement le mécanisme des phénomènes immunitaires de la syphilis et voyons à élucider, dans la mesure du possible, quels sont les moyens de défense de l'organisme et les modalités par lesquelles se développe la défense.

Parlant des réactions que l'organisme oppose au germe qui tend à l'envahir, nous avons vu comment les tissus acquièrent rapidement une sensibilité particulière vis-à-vis de l'excitant, qui se traduit par une réaction plus intense.

Ces phénomènes, qui constituent ce qu'on appelle l'*allergie*, son déjà présents dans la période de première incubation. Comme il a été dit plus haut, les inoculations successives pratiquées à ce moment, présentent communément un raccourcissement de la période d'incubation et une évolution plus bénigne. Lorsque le syphilome initial est établi, les spirochètes, déjà diffus dans la circulation, tardent à manifester leur action : il existe, pendant un certain temps, une espèce d'équilibre entre les forces aggressives du germe et la défense de l'organisme. La rupture de cet équilibre est marquée précisément par l'explosion des manifestations générales, lesquelles doivent être interprétées comme une extériorisation évidente de l'allergie.

C'est sur la peau, sur cet organe qui a tant d'importance dans la défense contre les diverses infections que l'étude des phénomènes allergiques se montre plus aisée.

Leur intensité se rend progressivement plus évidente dans le cours de la période secondaire (éruptions érythémateuses d'abord, puis papuleuses ou papulo-pustuleuses, enfin papulo-nodulaires) et atteint son plus haut degré dans la période tertiaire, dans laquelle l'activité de rares éléments parasitaires peut être à même de réveiller d'imposantes réactions.

C'est pour une grande part, spécialement grâce à ces réactions que le parasite est entravé dans son développement et réduit, au moins transitoirement, à l'impuissance. C'est ainsi que l'on a ces périodes de silence absolu symptomatique, et ces limitations à quelques organes ou parties d'organes qui font partie intégrante du tableau de la lues.

Le comportement des téguments vis-à-vis de nouvelles introductions de virus syphilitique venu du dehors suit, à peu près, les directives que nous avons indiquées, c'est-à-dire que les réactions organiques sont, *grosso modo*, dans ce nouveau cas, semblables à celles qui se produisent par l'effet du virus circulant déjà dans l'organisme. Là aussi, se manifeste, selon toute probabilité, vis-à-vis du virus, la même hypersensibilité, dans les éléments des tissus attaqués, qui porte à une hyperréaction, laquelle détermine la lésion qui se constitue au point de réinoculation, avec le type généralement des lésions qui s'observent spontanément dans la période de la maladie pendant laquelle survient la réinoculation.

Mais le phénomène, dans ce cas, n'est pas constant. Il y a des périodes de la maladie et des cas isolés, dans lesquels peut manquer toute réaction apparente des téguments à la nouvelle greffe, soit dans les moments pendant lesquels les spirochètes de la première infection sont en mesure de produire des manifestations externes, soit dans les moments où une semblable disposition leur fait défaut.

Les téguments se trouvent alors dans un état immunitaire que nous appelons d'*anergie*, dans le sens de Siebert, laquelle doit s'entendre comme *l'absence ou la forte atténuation de la possibilité pour un organisme déjà infecté, de réagir avec des produits anatomo-pathologiques à une nouvelle inoculation du virus*. L'anergie, ainsi comprise, nous pouvons l'observer, par exemple, dans certains cas de la période secondaire ou de la période de latence. Mais il est une condition dans laquelle nous la rencontrons comme on l'a vu, constamment, et c'est dans certaines formes de la période dite quaternaire, et plus particulièrement dans la paralysie générale.

L'*anergie* peut être *active*, anergie dans le sens de Doerr, par l'existence d'une forte charge d'anticorps dans les téguments, laquelle porte à la destruction du parasite inoculé et à la neutrali-

sation des toxines ainsi libérées, ou *passive*, comme la comprend Hauptmann, par un défaut de défense, avec manque de sensibilité dans les cellules et par suite, manque de réactivité.

L'état d'anergie, qui existe dans la paralysie générale précoce a été généralement interprété comme un état de complète immunité active des téguments. Mais il n'en est probablement pas ainsi. Nous avons vu comment Prigge et Rutkowsky ont réussi à démontrer que, chez un paralytique progressif anergique, la réinoculation ne peut déterminer aucune réaction cutanée au point d'introduction mais les spirochètes ne sont pas tués et peuvent se terrer et persister longtemps dans les ganglions lymphatiques.

Peut-être des conditions analogues peuvent-elles se rencontrer aussi dans des organismes non encore infectés de syphilis.

Chez l'animal, il n'est pas douteux, après les études de Neisser, de Uhlenhuth et de Kolle, en particulier, que le spirochète peut traverser les téguments sans laisser de traces évidentes de son passage et envahir l'organisme, donnant lieu à une infection le plus souvent asymptomatique *(Stummeinfektion)*. Il est probable qu'un fait identique peut se produire aussi chez l'homme. La grande quantité d'individus, avec des manifestations de nature indubitablement syphilitique de la période quaternaire, chez lesquels l'anamnèse est complètement muette au point de vue d'infections tégumentaires, antérieures, en est une preuve. De même peut en être également une preuve le fait que, chez la femme, fréquemment, l'existence d'une infection luétique est démontrée seulement par l'accouchement d'un enfant hérédo-luétique. Le mode d'infection dans ces cas échappe complètement. Des recherches toutes récentes d'Albrecht prouveraient qu'un lapin peut, par le coït, transmettre à un autre lapin une infection luétique asymptomatique.

On peut penser que cet état d'absence de réaction des téguments et de l'organisme en général peut avoir une influence pour déterminer le type particulier d'évolution de l'infection luétique. Le défaut de réaction immunitaire dans les premières étapes de la maladie, créerait des conditions favorables à la localisation des spirochètes dans des organes déterminés. Se basant sur ce critère, certains ont soutenu qu'il n'était pas utile de soigner énergiquement un syphilitique dans les premières phases de la maladie, avant que se soit établi un état d'immunité. Mais cette opinion est contredite

désormais par la longue observation clinique (Jadassohn, Bruusgaard, etc...).

Puisque les spirochètes peuvent, probablement, traverser, sans y réveiller de réaction, la barrière cutanée d'un organisme non encore infecté de syphilis, il est probable qu'ils peuvent se comporter de la même manière à l'égard des téguments d'un organisme déjà infecté par la lues. C'est-à-dire que l'on ne peut pas exclure le cas d'une réinfection asymptomatique. Pour l'animal, la démonstration de cette possibilité a été, comme on l'a vu, donnée par Kolle et son école. Pour l'homme il n'existe pas, en dehors de celle que nous avons citée de Prigge et Rutkowsky, de démonstration, mais rien ne s'oppose à ce que la chose puisse être retenue comme probable.

Ces considérations démontrent comment il n'existe pas toujours une concordance entre l'état d'allergie entendue même dans un sens large, et l'état d'immunité, et comment ce dernier ne peut pas toujours être complètement expliqué par le mécanisme des réactions allergiques. Déjà cette opinion a été soutenue par Finger, qui, justement, a fait remarquer que l'état réfractaire des téguments va en fait en s'atténuant dans la période tertiaire, dans laquelle l'allergie atteint son degré le plus élevé.

D'autre part, on ne peut pas soutenir que l'allergie du syphilitique soit absolument spécifique. Les téguments du syphilitique spécialement en période tertiaire, réagissent, comme d'ailleurs ceux du tuberculeux, par exemple, très souvent, aux substances les plus variées, et parfois avec la même intensité qu'avec des produits spécifiques (luétine).

Gougerot et Peyre, ont même proposé une méthode de protéinodiagnostic de la syphilis. Et encore qu'il semble acquis (Artom, Bizzozero) que, par des produits spécifiques, la réaction des téguments du syphilitique soit plus constante et même en général plus intense, il ne faut pas oublier, puisque une grande partie des luétines sont retirées de tissus malades, que les tissus dans lesquels sont en cours des processus inflammatoires contiennent une plus grande quantité de *réagines*, que les tissus sains.

En outre, à ce propos, il faut considérer qu'il n'y a pas toujours correspondance entre l'allergie comprise comme réaction (à l'excitation par les substances toxiques élaborées par le germe) et la réaction d'immunité vis-à-vis du germe vivant et actif. La discor-

dance est quelquefois évidente dans les périodes récentes de la maladie. Il y a concordance au contraire dans la période tertiaire quand l'existence de l'allergie aspécifique est plus accentuée.

La discordance réapparaît dans la métasyphilis. La réaction allergique aux luétines, par exemple, est très fréquente dans le tabès (jusqu'à 100 o/o des cas suivant certains auteurs) fréquente dans la paralysie générale (jusqu'à 50 o/o des cas) alors que, dans la première catégorie, l'inoculation positive du germe vivant est rare, et dans la seconde, se peut considérer comme nulle.

On ne peut pas non plus admettre qu'il y ait un rapport constant entre l'intensité de la réaction des téguments et la rapidité de destruction des spirochètes introduits dans la peau.

Des expériences faites dans ma clinique, il résulte que le terme le plus long de survivance démontrée de spirochètes dans les foyers de réinoculation se constate là où la réaction allergique est le plus accentuée. La lenteur de résolution des foyers de réaction dans la période d'allergie la plus évidente devrait être la meilleure preuve d'absence de rapport entre l'allergie et l'immunité. Encore que l'on ne puisse exclure que dans ce cas, comme le soutient Jadassohn, la lente résolution des réactions soit liée à la constitution histologique de la lésion. Nous pouvons aussi ajouter que les réactions allergiques dans la syphilis ne sont pas stables comme dans les autres infections mais peuvent être modifiées et même supprimées par des causes pertubatrices même légères. Ainsi l'administration d'iodure de K (Kolmer, Matsunami, Broadwell, Boas, Kissmeyer, etc.) accentue la possibilité de réactions positives ; en sens contraires agissent les processus fébriles et les rayons Rœntgen, les rayons ultra-violets et d'autres causes physiques et chimiques. Une simple protection par un emplâtre peut empêcher, sur la partie couverte, l'éruption d'un exanthème syphilitique (Stümpke). Or, une telle labilité n'existe certainement pas pour ce qui concerne l'immunité et il n'est pas facile d'admettre que des excitants simples de la peau puissent altérer les conditions des éléments cellulaires qui devraient être liées à de profondes modifications de leurs composants.

Ces considérations portent à retenir qu'il n'est pas toujours prouvé qu'il existe un lien nécessaire entre la réaction allergique et l'immunité de la syphilis et que, dans ce domaine, il y a encore quelque chose qui échappe à nos recherches.

H. — ANTICORPS DANS LA SYPHILIS

Où et comment se forment, et quelle est la nature des substances qui déterminent les phénomènes immunitaires dans la lues ?

Puisque celles-ci sont déjà présentes dans les premières périodes de la maladie, beaucoup ont soutenu qu'elles prennent leur origine exclusivement dans un premier temps, dans le foyer initial. Ainsi le voudrait par exemple Armuzzi, en se basant sur ses propres recherches et sur celles de Strempel sur l'excision du syphilome initial et sur l'étude histo-bactériologique d'une telle lésion. Cette interprétation est peu probable si on réfléchit que le décours de l'infection ne change pas, même quand le foyer initial est supprimé, ou lorsqu'il ne se forme pas du tout, comme dans le cas d'infection directe du torrent circulatoire, cas établi expérimentalement chez l'animal et probable chez l'homme.

Mais cependant, sinon d'une manière exclusive, il est admissible que des substances immunisantes partent du syphilome initial ou des ganglions qui simultanément se montrent atteints. Ce sont probablement elles qui régissent dans l'organisme infecté dès les premiers moments, la longue trève qui précède l'explosion des manifestations générales et les modalités de réaction des tissus, et qui contribuent à créer des conditions moins favorables sur toute la surface cutanée pour de nouvelles introductions éventuelles de virus.

Une autre confirmation de ce fait pourrait être trouvée dans les recherches de Brown et Pearce, lesquelles tendraient à prouver que, plus légère est la manifestation initiale, plus graves sont les phénomènes généraux consécutifs. C'est la loi dite de la *proportion inverse*.

Loi qui, si elle est valable pour le lapin (et les recherches des auteurs américains méritent à ce point de vue confirmation) n'est pas applicable, autant qu'il nous est permis de déduire des données cliniques, à l'homme.

Chez l'homme, nous observons, si nous nous en tenons aux premières étapes de la maladie, plutôt une proportion directe entre la gravité de la lésion primitive et l'intensité des manifestations secon-

daires. Si une loi de *proportion inverse* peut être établie chez l'homme, ce serait plutôt entre la pauvreté et la fugacité des manifestations de la période de début, et les localisations tardives systématisées, graves, sur le tissu nerveux et sur les organes circulatoires.

De toute façon, nous pouvons admettre que, non seulement dans les manifestations initiales mais n'importe quand les spirochètes arrivent par la voie lymphatique ou sanguine, c'est-à-dire que dans les recoins les plus cachés de l'organisme, il se peut déterminer, en réponse aux actions toxiques du parasite, la formation de substances immunisantes. Celles-ci seront en quantité plus grande ou plus faible suivant la quantité de parasites disséminés dans l'organisme, selon probablement le degré de virulence des parasites eux-mêmes, selon enfin et peut-être principalement, la constitution réactive de l'organisme. Là où, comme il advient à la suite d'une action curative brusquée et intense, se trouvent libérées plus de substances toxiques des parasites tués, là, la réaction organique est plus manifeste et certainement plus abondante la production de substances immunisantes (réaction de Jarish-Herxheimer).

Les travaux nombreux qui, de tous côtés, ont été entrepris, n'ont pas encore réussi à élucider quelles sont la nature et l'origine des substances qui déterminent l'immunité dans la lues.

Il en est qui nient que, dans la syphilis, il se forme des anticorps. Il est certain que, de leur présence dans le sérum et dans les liquides organiques, la preuve n'a pas été fournie.

Ainsi, on n'a pas démontré la présence d'agglutinines, qui avaient été admises par Hoffmann et Prowazek, par Bruck (en faible quantité irrégulièrement, et sans valeur pratique pour le diagnostic), par Zabolotny et Maslakovetz, Touraine, Kolmer, Broadwell, Matsumani, Kissmeyer, Zinsser.

Nakano, Hopkins et Mc Burney, Kroo' et Schultze et beaucoup d'autres auteurs les trouvèrent chez le lapin et chez l'homme après des injections répétées de spirochètes de cultures mortes. Mais dans ce cas, le phénomène se vérifia seulement vis-à-vis des spirochètes de culture, et même exclusivement vis-à-vis des spirochètes de la même souche qui a servi au traitement, alors que l'épreuve est en défaut dans l'infection humaine ou dans l'infection expérimentale

sur l'animal (1). Négatives sont demeurées les recherches de Landsteiner et Mucha, de Uhlenhuth et Mulzer, Scharnke et Ruete.

Siemens et Blum ne trouvèrent pas de substances agglutinantes dans les extraits de peau de paralytiques.

On peut en dire autant du phénomène de *précipitation*. Les recherches de Fornet et Schereschewsky qui auraient trouvé des précipitines dans le sérum des luétiques, n'ont pas été confirmées. Schereschewsky et Worms obtinrent ensuite avec le sérum de lapins traités avec des cultures de spirochètes, précipitation des extraits de spirochète et de testicule syphilitique. Mais Nakano, Arnheim et d'autres n'obtinrent que des résultats négatifs.

Je ferai à peine allusion aux réactions de floculation, qui servent dans un but de diagnostic, pour dire que de récentes expériences de Levaditi ont démontré qu'elles sont indépendantes de l'état d'immunité de l'organisme, pour autant qu'il est possible de le contrôler chez des lapins traités avec du matériel spirochétique tué, lapins chez lesquels on ne peut démontrer aucun état d'immunité vis-à-vis de nouvelles infections.

Même par l'existence de la déviation du complément, aucune preuve n'a pu être fournie. Celle-ci est positive vis-à-vis d'un antigène de spirochètes seulement chez les animaux ou les hommes traités d'une manière répétée avec des cultures mortes, mais elle se manifeste dans ce cas seulement à l'égard de la souche de spirochètes employée pour le traitement.

Elle est négative au contraire vis-à-vis d'autres antigènes spirochétiques ou organiques ou avec des sérums d'animaux ou d'hommes non traités préalablement. Seuls Landsteiner et Scheer auraient réussi à provoquer une réaction de Wassermann positive avec des antigènes communs, en injectant des trypanosomes morts, et Klopstok en injectant des masses spirochétiques tuées à 56 degrés. Mais ces expériences demandent confirmation.

(1) Tout récemment, Bessemans et de Gest. utilisant la souche de cultures Aristowsky-Holtzer, ont trouvé que celle-ci développe des anticorps (agglutinines et substances fixatrices) qui agissent aussi sur la souche de culture de Noguchi, mais ne donnent pas d'immunité effective à l'égard du virus syphilitique et n'a aucun pouvoir curatif sur l'infection luétique. Elle peut cependant, employée en injections intraveineuses, rendre la réaction de Wassermann positive.

D'autre part, même les idées de Sachs, Klopstok et Weil, selon lesquels la réaction de Wassermann serait l'expression de la formation d'auto-anticorps multilipoidiques, ne sont pas à l'abri d'objections et ne suffisent pas à invalider complètement la conception que les réactions dont nous nous servons dans un but de diagnostic, ne sont pas spécifiques dans le sens de véritables réactions d'antigènes à anticorps.

Le pouvoir lytique du sérum des luétiques sur les spirochètes, qui semble avoir été démontré par les expériences d'Eberson, ne trouve pas, sans parler des précédentes recherches négatives de Neisser, confirmation dans les expériences de contrôle.

Des recherches systématiques, pratiquées dans ma clinique par G. Truffi démontrent que les spirochètes du lapin restés en contact pendant un temps même prolongé, avec le sérum d'individus atteints de syphilis dans la période de latence, ou de lapins syphilisés sans manifestations en activité, ne donnent pas de signes marqués de souffrance, et conservent intact le pouvoir d'infecter le lapin. Les mêmes constatations ont été faites avec le liquide céphalo-rachidien de luétiques latents, de tabétiques, de paralytiques, même sous l'influence de cures spécifiques. Même la malariathérapie (Lorant) ne modifie pas le test négatif au point de vue de la présence d'anticorps dans le sérum et dans le liquide céphalo-rachidien.

En contradiction avec ce qu'il a été donné de constater dans l'infection syphilitique spontanée ou expérimentale, seraient, jusqu'à un certain point, les résultats obtenus (Noguchi et Akatsu, Króo et Schultze, Cohn) avec des inoculations réitérées de cultures tuées.

Le sérum de lapins ainsi traités contiendrait des substances capables d'immobiliser et de tuer les spirochètes et d'en empêcher le développement en culture. Mais une telle action, comme les réactions immunitaires sus-indiquées s'exercerait seulement vis-à-vis des spirochètes de la même souche qui a servi pour l'immunisation.

Ces constatations, dans leur ensemble négatives, relativement à la présence d'anticorps dans les liquides organiques des luétiques, empêchent de considérer, au point de vue immunitaire, la syphilis à la mesure d'autres maladies infectieuses par protozoaires, pour lesquelles l'existence des anticorps est démontrée. Ainsi, il est connu, par exemple, comment dans les trypanosomiases (Sthümer), à un

moment donné de l'infection, se forment des anticorps, qui détruisent la plus grande partie des parasites. Les trypanosomes échappés à cette destruction acquièrent des propriétés de résistance contre les anticorps, se multiplient et provoquent des récidives, alors qu'encore sont présents des anticorps dans le sang circulant. Le sérum en effet de ces animaux, inactif contre les trypanosomes de la récidive, conserve son activité trypanosomicide contre la souche primitive.

Le même fait se constate dans la piroplasmose du chien, et, comme Krantz l'a démontré aussi dans la fièvre récurrente, dans laquelle apparaissent, indépendamment de ceux du sang, des anticorps dans le *liquide céphalo-rachidien* (Plaut). Dans la syphilis cependant, on ne peut pas, comme dans les infections que nous venons d'indiquer, penser à une séro-résistance des spirochètes, qui expliquerait les diverses phases et les récidives de la maladie, puisque, jusqu'à preuve contraire, la démonstration de la présence des anticorps dans les humeurs n'est pas fournie.

Actuellement, puisqu'il n'est pas possible, dans l'état actuel de nos connaissances sur les réactions immunitaires, de ne pas penser, étant donné que la résistance de l'organisme à la lues est manifeste, à l'existence d'immuncorps, il est permis de supposer que ceux-ci prennent leur origine des éléments cellulaires.

L'opinion de Besredka que l'immunité locale serait liée à des caractères acquis par les cellules sans production nécessaire d'anticorps, attend encore une démonstration.

L'existence d'anticorps d'origine histiogène se peut fort bien adapter à expliquer les diverses manifestations de la lues.

La capacité de former des anticorps ne doit pas être également distribuée dans tous les organes et dans tous les points de l'organisme. Je rappellerai à ce propos comment par exemple l'inoculation expérimentale de la syphilis à la cornée du lapin ne détermine que d'une manière irrégulière l'apparition d'immunité dans la cornée de l'autre côté et dans l'organisme en général. La même cornée, qui a déjà subi une première infection échappe parfois comme l'ont prouvé les recherches de Bertarelli, Uhlenhuth et Weidans, Truffi, Neisser, etc..., et comme le prouvent les plus récentes de Frey, Mulzer et Nothaas et de Gaibissi, aux lois qui règlent l'immunité du lapin infecté à la peau.

Le lapin infecté à la cornée n'acquiert pas en général l'immunité pour les inoculations au scrotum et au testicule, même avec le virus homologue. Sur les téguments eux-mêmes du lapin, il y a des points où l'inoculation réussit facilement et où la réaction est vive et d'autres où est moins facile la production de lésions initiales évidentes. On peut en dire autant pour les divers organes de l'animal.

On ne peut pas exclure que des faits analogues puissent exister aussi chez l'homme. Pasini aurait remarqué, dans ses expériences de réinfection, que sur les cicatrices de manifestations spécifiques antérieures, l'inoculation ne prend pas. De là il tirait un argument de confirmation de l'opinion exprimée d'autres fois, à propos de la localisation de manifestations spécifiques là où a agi un trauma, que les tissus des cicatrices communes manquent d'immunité, qui ne peut pas être constituée dans les éléments nouveaux qui se sont formés pour réparer la solution de continuité, tandis que de telle immunité locale, sont pourvues les cicatrices consécutives à des manifestations syphilitiques. Mais les recherches ultérieures de Verrotti, et spécialement de Bernucci, ont prouvé que, même le tissu de cicatrices spécifiques est soumis, au point de vue de l'immunité, aux mêmes lois qui régissent les autres zones des téguments.

D'après l'expérience clinique, il semblerait prouvé que les blessures en état de granulation offrent à l'infection luétique un degré d'immunité plus grand que les blessures récentes. Cette remarque ne perd pas de son importance, même si les recherches de Chesney sur le lapin ne semblent pas la confirmer.

De toute façon, si on admet la formation d'anticorps d'origine histiogène il convient de se demander quels sont les éléments auxquels appartient ce rôle de défense.

La question est encore notablement obscure. Je rappellerai en premier lieu l'opinion de Bergel, lequel, partisan de l'origine cellulaire des substances immunisantes, attribue ce pouvoir aux lymphocytes, capables, par leurs ferments lipolytiques, d'attaquer le revêtement externe des spirochètes et de les rendre plus facilement vulnérables.

Par des moyens spécifiques et aspécifiques, portés dans l'organisme par voie péritonéale ou endoveineuse, on peut augmenter la formation des anticorps dans les exsudats et dans les organes lymphocytaires.

Selon Bergel, il faut exclure que les anticorps puissent se former, comme le voudrait Levaditi, dans les éléments du système réticulo-endothélial, puisque ce sont les éléments dans lesquels le spirochète pénètre et colonise le plus facilement.

Cette conception concorderait avec ce qui s'observe dans la fièvre récurrente, dans laquelle, selon Bruynoghe et Dubois, en opposition avec ce qu'admet Krantz, le blocage du réticulum n'empêcherait pas la formation d'anticorps. Du reste, Uhlenhuth et Grossmann avaient déjà depuis longtemps établi qu'en bloquant le réticulum et en extirpant la rate de lapins luétiques, on n'apporte pas de modifications à l'état immunitaire de l'animal. Pour toutes ces raisons, les idées de Bergel ne se peuvent accueillir qu'avec beaucoup de réserves.

Il n'est pas douteux que là où les spirochètes exercent leur activité, ainsi que l'ont prouvé les recherches de F. Lesser, de Pasini, de Mariani, etc., il y a prolifération et afflux notable des éléments du système réticulo-endothélial, lesquels sont certainement mandatés pour créer une barrière défensive, et il est fort probable qu'une semblable barrière n'agit pas seulement comme moyen de protection mécanique. D'autre part, les recherches histologiques de Strempel et Armuzzi sur le syphilome initial tendraient à exclure une influence particulière sur les spirochètes de ferments lipolytiques provenant des lymphocytes. L'importance du système réticulo endothélial dans la genèse de l'immunité se trouve encore confirmée par les expériences de Kritschewsky sur la fièvre récurrente. Cet auteur estime que, dans le système réticulo-endothélial il y a production d'anticorps lytiques, qui se formeraient spécialement par l'action des macrophages.

A propos d'immunité locale, on pourrait rechercher à ce point de vue quelles sont les raisons pour lesquelles la maladie, à certains moments déterminés, tend à se circonscrire à un seul système ou organe, ou partie d'organe. Nous avons déjà brièvement traité la question des souches de spirochètes avec organotropie particulière, et nous avons dit comment, bien que en pathologie humaine on ne puisse admettre l'existence de souches absolument individualisées, on ne peut nier que la longue adaptation à un organe ne donne aux parasites des propriétés particulières qui le rendent

plus aptes à attaquer les tissus du même type que ceux sur lesquels il a végété.

Dans la pratique, cependant, cette possibilité n'acquiert qu'une importance relative et le problème perd, par suite, beaucoup de son intérêt. Les souches spirochétiques qui subissent une lente adaptation à des organes internes sont, par leur localisation même, en condition d'impossibilité d'être transmises, sinon par voie expérimentale, à d'autres organismes. Il n'est pas facile d'établir s'il existe et quelles sont les variations de l'état immunitaire qui favorisent ces localisations circonscrites ou prédominantes, ni si celles-ci sont dues à des modifications survenues dans les propriétés du virus ou seulement à des modifications dans les tissus. Nous savons, par exemple, combien le tissu nerveux de certains animaux (lapins) constitue un mauvais terrain de développement pour les spirochètes, alors que celui d'autres animaux (souris) est un terrain de développement supérieur à tout autre.

Chez l'homme, si nous devons nous en rapporter, non pas à l'existence de lésions du liquide céphalo-rachidien, qui apparaissent assez fréquentes, mais à la présence de manifestations appréciables, révélatrices d'invasion de la part des spirochètes, nous devrons conclure que le système nerveux présente, tout au moins dans les périodes récentes de la maladie, une résistance notable au parasite. On a cherché à expliquer, d'une part, le mécanisme de cette résistance, d'autre part, les raisons pour lesquelles, dans certains cas, cette résistance peut s'atténuer et disparaître.

Ainsi Hoffmann, Sthümer, etc., pour justifier l'apparition des manifestations métaluétiques, pensent que la réaction intense de l'organisme qui se produit dans les premières périodes de la maladie, a généralement le pouvoir de libérer le système nerveux de tout élément parasitaire.

Si la réaction n'est pas très vive, des spirochètes subsistent qui, avec le temps, peuvent se réveiller et attaquer le système nerveux. Mais cette agression, naturellement, ne peut advenir seulement qu'autant que le système nerveux se trouve dans un état d'abaissement de ses pouvoirs immunitaires. Un phénomène analogue pourrait être, selon quelques auteurs, lié à l'action des cures, particulièrement incomplètes, pratiquées trop précocement, de manière à ne pas permettre l'établissement d'un état immunitaire dans le système

nerveux ou dans d'autres organes internes. L'observation, jadis fréquente, des accidents dits *neurorécidives*, apportait un appui à cette manière de voir. D'autre part, cependant, des recherches expérimentales sur des animaux (Plaut et Mulzer, Frey, etc.) démontreraient que l'action de traitements précoces et insuffisants s'exerce de préférence sur le parasite en modifiant ses aptitudes à attaquer des tissus déterminés et en conférant à des souches dermotropes une certaine neurotropie.

Steinfeld, se basant sur les possibilités d'enrichissement du cerveau du rat en spirochètes de récurrente par des réinoculations successives, pense que la paralysie générale se peut interpréter comme une *autosuperinfection* du cerveau.

Selon Kolle, au contraire, les localisations dans le système nerveux ou circulatoire pourraient être l'effet de super ou de réinfections par lesquelles les spirochètes, sans laisser de traces à leur point de pénétration sur les téguments, passent directement dans la circulation (*Stumme infektion*). Levaditi pense que, dans la période tardive de la syphilis, il peut se produire, sous l'influence de causes encore imprécises, un abaissement de l'état réfractaire du névraxe.

Cet abaissement peut être tel qu'il permette la localisation nerveuse et le développement de spirochètes, spécialement si ceux-ci sont doués d'aptitudes neurotropes. Les poussées successives de paralysie générale pourraient être le résultat des alternatives d'état réfractaire et d'état réceptif.

Que des modifications dans l'état immunitaire des centres nerveux puissent se produire expérimentalement, cela aurait été démontré par Noguchi, lequel, injectant des cultures de spirochètes, réussit à obtenir une sensibilisation du cerveau telle qu'elle permettait la fixation sur lui du virus syphilitique.

I. — NATURE DE L'IMMUNITÉ DANS LA SYPHILIS

Nous avons vu comment, sur la nature de l'immunité dans la lues, les avis ne sont pas concordants.

La majorité des auteurs estime que, dans la syphilis, on ne peut pas parler d'*immunité vraie*, mais d'*immunité par infection*, par

analogie avec ce que Ehrlich avait admis pour d'autres maladies infectieuses. Autrement dit, l'immunité, dans la syphilis, n'est présente qu'autant et aussi longtemps que l'organisme est malade. C'est la conception défendue par Neisser depuis le temps de ses premières expériences et acceptée par Finger, par Jadassohn et particulièrement par Kolle. J'ai déjà cité ailleurs les expériences sur lesquelles ce dernier auteur se fonde pour admettre que chez le lapin n'existe une immunité seulement qu'autant qu'existe l'infection. Quand l'infection cesse et que les spirochètes disparaissent sous l'action du traitement, l'immunité contre de nouvelles infections disparaît elle aussi.

Et nous avons vu alors, qu'on ne pouvait pas accepter les résultats des recherches de Chesney et Kemp, de Uhlenhuth et Grossmann, de Manteuffel et Worms, etc., d'après lesquels on affirme la possibilité d'une immunité vraie qui persiste même après la guérison de l'animal. Les conclusions ne peuvent pas être différentes en pathologie humaine, même si là, il n'est pas possible de fournir des preuves expérimentales, comme chez le lapin. On peut admettre que, chez l'homme également l'immunité relative conférée par une première infection cesse quand l'infection est guérie.

Il ne faut pas passer sous silence cependant que peut-être quelque chose demeure de l'état immunitaire et peut justifier l'observation faite depuis l'antiquité, que dans les populations chez lesquelles la syphilis a sévi depuis longtemps, ses manifestations semblent s'atténuer avec le temps, alors qu'elles apparaissent plus graves dans les populations chez lesquelles la maladie était inconnue.

Ceux qui ont admis une immunité vraie ont cherché à consolider par elle le postulat de la loi de Colles. De l'organisme fœtal, passeraient dans la mère des substances immunisantes qui l'empêcheraient de contracter la lues.

L'explication ne tient pas, pour les raisons que nous avons énoncées ailleurs et qui tendent à prouver que l'état réfractaire de la mère est lié seulement à une immunité par infection. La même affirmation peut s'appliquer à la loi de Profeta.

D'autre part, si nous considérons que l'immunité, qui dans ces cas pourrait se transmettre sans infection, serait seulement une immunité passive, immunité qui disparaît toujours rapidement, nous aurons une preuve de plus de l'inexistence d'une vraie immunité dans les cas envisagés par les lois de Colles et de Profeta.

L'état réfractaire relatif de l'homme syphilitique à de nouvelles infections est tel vis-à-vis de toutes les formes de virus qui viennent à être portées sur les téguments. S'il existe des différences, comme nous l'avons vu en parlant de la superinfection dans les divers stades de la maladie, entre virus autogène et virus hétérogène, entre virus humain et virus adapté à l'animal, ce ne sont que des différences légères de fréquence de résultats positifs ou de degré d'intensité des lésions provoquées. Chez l'animal, au contraire, le comportement, comme nous l'avons remarqué ailleurs, est essentiellement différent : l'organisme, réfractaire à un certain moment à un virus du même type que celui qui l'a précédemment infecté, ne l'est pas vis-à-vis d'un autre virus adapté au lapin, mais parti également, toujours comme le premier, d'une souche humaine.

On a admis, pour parler comme Kolle, dans le cas de l'homme, une *panimmunité*, dans le cas du lapin, une *monoimmunité*. Les raisons de ce comportement échappent presque complètement. La plus grande virulence du germe qui sert pour la réinfection, comparativement au premier, pourrait (et des recherches sur le lapin semblent confirmer cette opinion) justifier jusqu'à un certain point les résultats obtenus sur l'animal.

En outre, les recherches précédemment rappelées de production de substances immunisantes spéciales à chaque souche de spirochètes en culture inoculés à l'animal et à l'homme, pourraient faire admettre que les aspects particuliers de l'état immunitaire suscité par un virus déterminé, peuvent constituer le fondement de la *monoimmunité* du lapin.

Mais le contraste avec ce qui advient chez l'homme ne trouve aucune justification. A moins que l'on ne veuille admettre que, si les téguments de l'homme ne donnent pas de réponse à un nouvel apport de virus, l'organisme, par contre, n'y soit pas indifférent, et qu'un virus hétérologue y puisse pénétrer et coloniser, comme il advient dans l'affection asymptomatique du lapin.

J. — INFLUENCE DU TRAITEMENT SUR L'IMMUNITÉ

Les auteurs qui ont soutenu que l'immunité dans la syphilis, va en s'atténuant avec le temps, ont donné toujours de l'importance

au facteur thérapeutique comme cause adjuvante de cette atténuation progressive.

La conception presque universellement acceptée que les cures spécifiques n'agissent pas seulement par un effet direct sur le parasite, mais aussi en stimulant les forces de résistance de l'organisme, vient accentuer l'importance des rapports entre le traitement et l'immunité.

Levaditi a démontré que l'arsenic et le bismuth agissent, après s'être transformés dans l'organisme en toxialbumines, non seulement directement sur les spirochètes, mais activent aussi, par une action catalytique, les forces défensives de l'organisme. C'est tellement vrai, qu'il est plus facile d'obtenir chez le lapin la guérison de lésions anciennes que de lésions récentes. Les rapports entre le traitement et l'immunité sont mis en évidence par les expériences sur les animaux. Je rappellerai les recherches de Kolle, lesquelles ont prouvé que si, dans les premiers jours de l'inoculation, avant que soient évidents les phénomènes immunitaires, on administre au lapin des doses stérilisantes d'arsénobenzol, l'infection peut être coupée et ce lapin est, de fait, guéri et se comporte comme un sujet sain vis-à-vis d'une nouvelle inoculation de virus. Si l'on retarde le début de la cure, la stérilisation survient dans un nombre toujours plus faible d'animaux, jusqu'à ce que, après le troisième mois, l'immunité de l'animal ne se modifie plus, en tant que l'animal n'est plus en condition de guérir.

En employant des doses substérilisantes, Brown et Pearce ont réussi à suspendre temporairement l'immunité vis-à-vis de nouvelles inoculations chez des lapins pourtant certainement non guéris. Breinl et Wagner, au contraire, dans une étude récente, admettent que, à côté d'une immunité à l'égard du syphilome, il puisse y avoir aussi une vraie immunité chez un sujet stérilisé. Cette immunité vraie serait sous la dépendance de la durée de la première infection et se montrerait d'autant plus accentuée que la stérilisation serait survenue plus tard.

Les recherches de Brown et Pearce trouveraient leur confirmation dans celles bien connues de Buschke et Kroo' sur la récurrente des souris. La cure arsénobenzolique chez ces animaux porterait à la perte d'immunité sans provoquer une complète stérilisation, en tant que les spirochètes disparus du sang seraient encore décelables dans le cerveau.

Bien que des expériences faites sur la fièvre récurrente et sur des souris ne puissent pas être transférées telles quelles à la syphilis et à l'homme, il est certain que leurs résultats pourraient être portés à l'appui des idées de ceux qui excluent la possibilité de vraies réinfections de la syphilis. Mais la démonstration donnée par Buschke et Kroo' est contestée par Prigge, lequel a démontré que, en employant des doses élevées de néosalvarsan, on obtient la complète stérilisation de la souris atteinte de récurrente, et que les prétendues superinfections chez les souris traitées avec des doses substérilisantes ne sont que des récidives des spirochètes restés dans l'organisme après le traitement. Chez les souris traitées intensément, on peut provoquer, parce qu'elles sont stérilisées, de vraies réinfections ; chez les autres, l'immunité persiste et, par suite, l'inaptitude à de nouvelles inoculations.

Il est admissible que des faits analogues à ceux qui ont été décrits chez le lapin se vérifient aussi chez l'homme. La cure arsénobenzolique intense (et je dis intense parce que, si l'on ne peut exclure d'une manière absolue, que même des cures relativement légères puissent, comme l'admet par exemple Oltramare, avoir un effet stérilisant, il ne serait pas prudent, au point de vue pratique spécialement, d'accepter un tel principe), pratiquée dans les premiers jours de la période de deuxième incubation, arrête généralement toute manifestation ultérieure de la maladie. Pouvons-nous considérer les individus ainsi traités comme stérilisés ? Ou devons-nous admettre que la cure ait déterminé seulement une entrave à l'établissement d'un état immunitaire actif comme dans les expériences citées de Brown et Pearce sur le lapin ? Une réponse mathématiquement absolue n'est pas possible. Chez l'animal, la documentation de la guérison peut, jusqu'à un certain point, être fournie par l'inoculation négative des organes ; chez l'homme, une telle preuve n'est pas possible, et même si elle était possible, elle ne donnerait pas des résultats dignes d'être pris en considération, parce que nous savons que la transplantation de l'homme à l'animal est souvent en défaut, même si on se sert de matériel sûrement virulent.

Une preuve, certainement pas absolue, de la stérilisation en cas de cure précoce intense, est fournie par l'observation clinique maintenant prolongée et par le souvenir de la fréquence de vraies réinfections complètes, accidentelles et expérimentales, chez des sujets

qui se trouvaient dans les conditions indiquées. Une autre preuve peut-être serait constituée par la considération que des cas de réinfection, avec tous les caractères de nouvelle infection, ont été décrits, et passablement nombreux dans ces dernières années, chez des individus, alors qu'ils étaient déjà dans la période secondaire et que l'immunité devait déjà être établie. Dans ces cas, le traitement doit avoir supprimé l'immunité existante et avec elle, presque certainement, l'infection.

D'une manière générale, on peut donc admettre que le traitement énergique (pour être plus bref j'ai négligé de m'occuper des autres moyens thérapeutiques en dehors des arsénobenzols, et aussi pour cette considération que leurs résultats dans ce domaine sont beaucoup plus pauvres) pratiqué à des moments déterminés de l'infection, peut, chez l'animal et chez l'homme, être capable de supprimer l'immunité vis-à-vis de nouvelles inoculations de virus syphilitique en supprimant, presque avec certitude, la cause fondamentale de l'immunité même c'est-à-dire l'infection.

Quelques auteurs (Cappelli, Pasini, etc...) ont mis en doute l'influence du traitement spécifique sur les lésions de superinfection. Une action thérapeutique inefficace pourrait donc donner raison à ceux qui soutiennent que de telles lésions sont de simples réactions allergiques. Mais en fait, les choses se comportent diversement. Dans nos expériences, nous avons vu en effet constamment les lésions de superinfection chez l'homme et chez l'enfant répondre rapidement au traitement, comme les manifestations communes de la maladie.

K. — INFLUENCE D'AUTRES CAUSES SUR L'IMMUNITÉ

Indubitablement, sur la constitution d'un état immunitaire dans la syphilis peuvent avoir une influence, outre le traitement, d'autres causes.

A égalité de virulence de germes, des organismes divers peuvent diversement ressentir les effets de l'infection. Les expériences de Pearce et Brown démontrent par exemple que, parmi les lapins, les femelles sont plus résistantes à l'infection que les mâles et les

femelles gravides plus que les non gravides. Selon quelques auteurs, même dans l'espèce humaine, se vérifierait un fait analogue.

Nous savons que la syphilis maligne ne doit pas en général être attribuée à une particulière virulence de la souche spirochétique, mais à des facteurs constitutionnels de l'organisme infecté. A la même source à laquelle un individu contracte une syphilis maligne, un autre peut se contagionner d'une infection à évolution normale.

Il y a des causes qui influent en débilitant l'organisme et en atténuant ses pouvoirs de réaction contre la lues : dans ce sens peuvent influer peut-être des causes externes, comme le climat, la fatigue physique, ou internes, comme l'alcoolisme, le tabagisme, les maladies intercurrentes, telles que la tuberculose, etc.

J'ai déjà ailleurs fait allusion aux rapports entre les actions traumatiques et la localisation des manifestations luétiques. Des irritations, même aspécifiques, de la peau, comme les dermites provoquées par le salvarsan ou le mercure ou le bismuth, semblent pouvoir activer les défenses organiques contre le virus syphilitique.

Beaucoup admettent que la facilité moins grande qu'a la syphilis dans les pays chauds de frapper le système nerveux serait liée à une activité immunisatrice de la peau sous l'action des rayons solaires. Breiger parle de guérison de la lues favorisée par des irradiations au bain de lumière.

Des altérations des fonctions des organes sous l'influence desquels se développent les phénomèmes de la vie végétative peuvent se répercuter sur les pouvoirs immunitaires de l'organisme. Par des expériences sur le lapin Grossmann a remarqué une explosion plus facile de manifestations générales chez les animaux châtrés, même d'un seul côté ; Brown et Pearce trouvèrent une évolution plus grave de l'infection chez les lapins châtrés et thyroïdectomisés ; une allure plus bénigne par l'ablation du thymus. Schuster confirme ces données pour la thyroïdectomie.

Il y a des maladies infectieuses qui peuvent modifier l'évolution de la lues.

Mme Pearce a prouvé que, en inoculant simultanément dans le testicule du lapin du virus vaccinique et syphilitique, la syphilis prend un décours plus grave, avec intenses manifestations généra-

les. Le contraire advient si la vaccination précède l'inoculation de la syphilis. On connaît quelles sont, à ce propos, les idées qui du reste n'ont pas fait fortune, de Kolb et de Daraskiewicz sur l'action de la vaccination comme préparant le terrain à la paralysie générale. Parham admet que la frambœsia donnerait l'immunité contre la lues. Cette opinion n'est pas partagée par Mac Kenzie. Selon Nichols, les lapins infectés depuis longtemps de frambæsia, sont réfractaires à la syphilis. Jahnel et Langel ont vu évoluer négativement, sauf dans un cas, des inoculations de frambœsia à des paralytiques progressifs.

Du reste, déjà expérimentalement, Neisser, Halberstätter et Castellani avaient prouvé que la lues n'immunise pas contre la frambœsia, alors que d'un avis opposé sont Vogtlin et Dyer et Kolle.

Kritschewski, récemment, a démontré que le cerveau des souris infectées d'abord de syphilis, puis de récurrente, inoculé au lapin, reproduit le syphilome avec la même fréquence que le cerveau de souris non infectées de récurrente. Rogers soutient que la syphilis pourrait protéger contre la lèpre.

On connaît les interférences entre la syphilis et la malaria. Il n'est pas prouvé que la malaria détermine la formation d'anticorps contre le spirochète. Des expériences faites dans ma clinique (G. Truffi et Lorant) n'ont pas réussi à mettre en évidence des substances spirochéticides dans les liquides organiques des syphilitiques impaludés : le sérum des paludiques et des syphilitiques impaludés n'a pas d'action curative sur la lues du lapin.

De tout cela, puisque d'un côté l'action de la malaria sur certaines formes de la syphilis est indiscutable, puisque d'autre part il est peu probable que cette action s'exerce par une agression directe des spirochètes (Schlossberger et Prigge ont démontré que, en inoculant de récurrente des lapins affectés de syphilis, les spirochètes des deux infections peuvent vivre longtemps en symbiose dans le tissu du syphilome) — ou par un simple effet thermique (Weichbrodt et Jahnel, Schamberg et Rule, Bessemans) — il résulte que l'opinion encore la plus acceptable sur ce sujet est que la malaria et d'autres causes à action analogue comme la récurrente, la pyrétothérapie, etc..., produisent leurs effets favorables en influant sur la production de substances immunisantes même en dehors des liquides organiques.

L. — IMMUNISATION ACTIVE ET PASSIVE CONTRE LA SYPHILIS

Les tentatives d'immunisation et de traitement immunitaire contre la syphilis, sans parler de la syphilisation d'Auzias-Turenne et de Sperino, remontent à de nombreuses années. Je rappelle celles de Neisser (avec du sérum de syphilitiques), de Mazza, et celles de Risso et Cipollina (avec du sérum d'animaux traités avec du sang luétique), de Casagrandi et de Luca (avec un filtrat de lésions spécifiques) de Metschnikoff et Roux, Finger et Landsteiner, Neisser, Bertarelli (virus atténué à travers des singes inférieurs ou des lapins, ou encore avec la chaleur, ou par filtration).

On a tenté aussi une thérapie immunitaire chez l'homme avec des produits syphilitiques stérilisés (Kraus et Spitzer, Brandweiner, Kreibich, Kreus, etc...).

Chez le lapin, j'ai cherché autrefois à provoquer l'immunité passive avec des injections de sérum de lapin latent, et l'immunité active avec une émulsion de foie hérédo-luétique très riche en spirochètes. Mais le résultat a été complètement négatif. De même, négatives également se sont montrées les expériences de Arman et de Uhlenhuth et Mulzer.

Des tentatives plus récentes furent faites, toujours infructueusement par Nakano, qui, injectant dans les veines de lapins des cultures mortes de spirochètes, vit les animaux devenir malades, après inoculation de syphilis, dans la même proportion que les sains, et par Honda, avec des injections de virus testiculaire tué. Levaditi et Lépine n'obtinrent pas de meilleurs résultats avec des injections intrascrotales ou intratesticulaires de matériel syphilitique tué à 55 degrés. Seulement chez le lapin inoculé dans le rachis, les mêmes auteurs, ensemble avec Sanchis-Bayarri, virent survenir des phénomènes graves qu'ils interprétèrent comme la conséquence d'anaphylaxie par sensibilisation.

Nothaas et Pockels, avec des injections de cultures mortes dans le testicule du lapin, virent se développer une immunité locale. Uhlenhuth et Mulzer parlent d'effets favorables avec des injections de matériel de syphilomes de lapin.

Chez l'homme, le peu de résultats sur le syphilome initial obte-

nus par Kraus et Spitzer, en injectant du matériel spirochétique tué, n'ont pas été confirmés par Brandweiner et Kreibich, et par Nakano. Grossglich aurait remarqué des améliorations de manifestations avec de l'extrait alcoolique de foie. Je rappelerai encore comment Scharnke avec du matériel vivant de virus de lapin affirme avoir obtenu des résultats favorables dans la para-syphilis : les mêmes effets auraient été obtenus par Sagel avec des spirochètes de culture.

Müller et Planner, à la suite d'intradermo-réactions avec de l'organo-luétine, auraient observé une réaction de foyer et une amélioration consécutive dans des accidents tertiaires ; et ces résultats thérapeutiques se seraient confirmés (Planner) avec le même matériel injecté sous la peau ou dans la veine.

Avec des injections de sérum de lapin latent, Retter aurait obtenu l'immunisation passive, et Krantz de bons effets thérapeutiques. Reiter aurait observé que le sérum de lapins, de chèvres, de veaux, de veaux traités avec des cultures de spirochètes pâles, retarde le développement du syphilome sans cependant influer sur le décours ultérieur.

Mais Bruck avec du sérum de cheval également traité, eut des résultats thérapeutiques négatifs chez l'homme, et Dold et Worms n'obtinrent rien de mieux chez le lapin. Egalement négatifs se montrèrent les autres essais de thérapie immunitaire de Manteuffel, Richter et Worms, Uhlenhuth, Nakano.

Je ne crois pas nécessaire d'insister sur la thérapie avec le sérum de lama, de laquelle le temps a fait désormais justice.

Certains auteurs (Verrotti) auraient remarqué que la superinfection de sujets avec des manifestations en activité, exercerait un effet favorable sur ces manifestations. Mais ce fait, qui pourrait représenter un exemple d'immunisation active, n'a pas été confirmé par les autres observateurs.

Pour conclure, on peut considérer que les tentatives d'immunisation active et passive contre l'infection syphilitique, soit chez l'homme soit chez l'animal, ont complètement échoué et qu'il n'est même pas permis de penser qu'elles puissent dans l'avenir, aboutir à un résultat favorable.

CONCLUSIONS

Parvenu au terme de cette revue rapide sur les principaux problèmes de l'immunité dans la syphilis, j'en résumerai d'une manière concise les résultats :

1° Chez l'homme, il n'existe pas d'immunité naturelle contre la syphilis ;

2° Beaucoup d'espèces animales, considérées, il y a peu de temps encore comme complètement réfractaires à la syphilis, ne le sont qu'en apparence.

3° L'immunité conférée par une infection de syphilis vis-à-vis de nouvelles infections n'est pas complète. L'organisme peut réagir à des inoculations de virus, soit autogène, soit hétérogène ; s'il y a des différences, elles ne concernent que le degré d'intensité des lésions et la fréquence des réussites.

4° Les lésions de réinoculation suivent en général chez le syphilitique le type des manifestations de la période dans laquelle le syphilitique se trouve. On ne peut pas exclure que des spirochètes apportés de l'extérieur sur les téguments ne puissent pénétrer dans l'organisme sans provoquer de lésions au point d'inoculation.

5° Il est probable que déjà dans la période de première incubation de la syphilis, des conditions d'immunité, quoique incomplètes, commencent à se manifester.

6° Dans la période de seconde incubation l'immunité, faible au début, va en s'accentuant vers la fin. La lésion de réinoculation présente, au début, le type du syphilome initial ; par la suite elle tend à prendre l'aspect d'une papule. Elle a une incubation habituellement abrégée et un décours abortif.

7° Dans la période des manifestations générales, l'état immunitaire est plus évident. La réinoculation détermine, non constamment, une lésion de type papuleux.

8° Dans la période de latence, l'immunité, très marquée dans les premiers temps, va ensuite en s'atténuant : on peut avoir alors des lésions de réinoculation plus profondes et des signes de diffusion à distance du foyer.

9° Les téguments dans la période tertiaire, réagissent d'une manière habituellement violente à l'apport de nouveau virus. L'im-

munité subit une notable atténuation comparativement aux périodes précédentes.

10° Dans la paralysie progressive, il y a un état réfractaire presque absolu des téguments à la réinoculation ; cet état ne semble pas lié à une anergie active, étant donné qu'il est prouvé que des spirochètes peuvent traverser la barrière cutanée sans occasionner localement une réaction appréciable. Cet état réfractaire est moins évident dans le tabès.

11° L'infection congénitale peut ne pas laisser d'immunité vis-à-vis de nouvelles infections. La réaction à de nouvelles inoculations sur les téguments peut être identique à celle d'un organisme sain, ou suivre le type des lésions qui s'observent dans les diverses périodes de la syphilis acquise.

12° Bien qu'il n'existe pas de preuves absolues mathématiques pour admettre qu'un individu déterminé, précédemment atteint de syphilis, puisse être considéré comme guéri, on peut accepter, d'un point de vue pratique, que la syphilis chez l'homme puisse guérir.

On ne peut donc pas exclure qu'il puisse y avoir des cas de *réinfection*, entendue dans le sens de nouvelle infection d'un organisme présumé guéri de l'infection précédente, et avec un décours identique à celui qu'on observe dans l'organisme sain. Les cas de *réinfection*, ainsi entendue, sont devenus beaucoup, plus nombreux depuis l'introduction des arsénobenzols dans la thérapeutique et spécialement chez les individus intensément traités dans les premiers moments de l'infection.

Un critérium de guérison de valeur absolue ne pouvant être donné, il n'est pas possible de fixer une limite nette entre la *superinfection* et la *réinfection*, c'est-à-dire établir où l'une finit et où l'autre commence.

13° La transmission de la syphilis aux animaux et en particulier au lapin a favorisé notablement l'interprétation des phénomènes immunitaires.

14° Chez l'homme, comme chez l'animal d'ailleurs, l'existence n'est pas démontrée de souches diverses de spirochètes, doués de la propriété de se localiser dans des organes déterminés. On ne peut pas écarter, bien que cette notion n'ait qu'une faible valeur pratique, la possibilité d'un certain organotropisme lié aux conditions dans lesquelles le parasite s'est développé pendant longtemps.

15° Pour autant qu'on puisse admettre qu'il existe des rapports étroits entre l'allergie et l'immunité, dans le sens que, la première est une expression de la seconde, une concordance exacte entre ces deux états n'est pas toujours démontrable dans la syphilis.

16° Dans les liquides organiques, on ne peut pas mettre en évidence des anticorps contre les spirochètes.

17° Il est probable que les substances immunisantes dans la syphilis sont d'origine histiogène plutôt qu'humorale. Mais on ne peut pas encore affirmer avec certitude quels sont les éléments affectés à la défense, ou les modalités de cette défense.

18° On ne connaît pas les raisons pour lesquelles la maladie, à des moments déterminés, tend à se circonscrire à un seul système, ou organe, ou partie d'un organe.

19° L'immunité dans la syphilis n'est pas une immunité vraie, mais une immunité par infection ; comme telle, elle n'est pas transmissible, sinon avec l'infection elle-même.

20° Chez l'homme, l'immunité existe, quoique incomplète, à l'égard de tous les virus (*panimmunité*) différemment du lapin, chez lequel, on a une *monoimmunité*.

21° Le traitement intense, pratiqué dans les premiers moments de l'infection coupe l'immunité parce que, vraisemblablement, elle coupe l'infection. Un tel résultat est cependant difficile a atteindre dans les périodes déjà avancées de la maladie.

22° Sur les conditions de l'immunité, peuvent influer des causes variées : toxiques (alcoolisme, tabagisme, etc...) infectieuses (malaria, frambœsia, récurrente, etc...) dysendocriniennes, etc...

23° Les tentatives d'immunisation active et passive et de thérapie immunitaire n'ont abouti à aucun résultat concluant.

Padoue, janvier 1930.

SUR LE PHÉNOMÈNE DE MIGRATION CELLULAIRE INTRA-ÉPIDERMIQUE DANS LE NÆVOCARCINOME

(A PROPOS DE L'ÉTUDE DES TUMEURS DE MÉTASTASE)

Par S. NICOLAU
Professeur de Dermatosyphiligraphie à la Faculté de Médecine de Bucarest.

Il y a déjà longtemps que Unna (1) a attiré l'attention sur un processus cellulaire spécial se passant dans l'épiderme de recouvrement des nævi et du nævocarcinome et se traduisant par l'existence d'un nombre plus ou moins important de cellules libres, contenues à l'intérieur de cavités creusées en plein tissu épidermique. L'interprétation qu'il donna à ces éléments fut celle de les considérer comme représentant des cellules épidermiques séparées de leurs voisines par un processus d'acantolyse.

L'étude plus poussée du phénomène amena l'auteur à conclure que ces groupes de cellules libres finissent par se détacher de l'épiderme et par tomber dans le derme (Abtropfung), où elles se transformeraient, par un processus de métatypie, en cellules næviques ou, le cas échéant, en cellules néoplasiques.

Ces constatations fondamentales servirent de base à Unna pour affirmer la nature épithéliale des nævi cellulaires et, par extension logique, des tumeurs dont ils peuvent être parfois le point de départ (nævocarcinomes).

Les faits avancés par Unna furent confirmés par différents auteurs, tels que Delbanco (2), Hodara (3), Waelsch (4), Dalla Favera (5), Kyrle (6), Kreibich (7), Miescher (8), etc., mais l'étude la plus approfondie et qui résume le mieux l'opinion classiquement admise sur la question, nous le devons, sans conteste, à Darier (9). Aussi nous prendrons son étude pour guide afin d'exposer l'état actuel du sujet.

Cet éminent auteur, ayant soumis à un travail de revision histopathologique un nombre important de nævi et de nævocarcinomes de sa collection personnelle, a pu constater 2 fois sur 9 nævi et 9 fois sur 19 nævocarcinomes *primaires*, examinés, les altérations épidermiques signalées par Unna Le processus conduisant à ces altérations commencerait, suivant lui, dans la couche basale même, dont certaines cellules subiraient une disjonction ou « ségrégation » d'avec les cellules voisines, par rupture, ou plutôt par colliquation des filaments unitifis. Les groupes de cellules, ainsi isolées, se trouvent emprisonnées dans un espace clair, qu'il désigna sous le nom de *thèque*, à cause des ressemblances qu'il présente avec les formations sporifères des cryptogames.

Se raliant parfaitement aux idées de Unna quant au sort ultérieur de ces formations, Darier décrivit et figura dans son travail des faits histologiques, appelés à démontrer l'évolution descendante des cellules « næviques ». On peut voir souvent, dit il, sur les coupes, les cellules disjointes et les thèques faire saillie dans le corps papillaire, s'y avancer comme si elles étaient repoussées par les éléments épithéliaux voisins, pour aller, finalement, se mélanger aux éléments næviques ou tumoraux. L'apport représenté par ces cellules descendues de l'épiderme serait, dans certaines circonstances, tellement important, pour Darier, que « l'accroissement de la tumeur et du nombre de ses éléments tiendrait non seulement à la prolifération des cellules næviques anciennes, mais aussi, à l'adjonction de cellules næviques nouvelles, venues de l'épiderme ».

A part l'évolution descendante décrite, Darier a encore attiré l'attention, sur une autre possibilité évolutive des thèques, passée inaperçue avant lui, à savoir, leur marche ascendante vers la surface de l'épiderme où elles sont éliminées par le processus normal de desquamation. Nous nous proposons de revenir plus loin sur ce dernier point qui nous semble d'une importance capitale pour le problème des migrations cellulaires intraépidermiques, tel que nous l'envisageons, personnellement, dans le nævocarcinome.

Pour en finir avec l'exposé général de la question, remarquons encore que, suivant Darier, les altérations cellulaires mentionnées n'appartiendraient qu'à la tumeur primaire du nævocarcinome. Dans les tumeurs secondaires, dit-il, « l'épiderme est intact et distendu, *mais on n'y trouve ni cellules disjointes, ni thèques, ni*

pigmentation anormale ». La même affirmation nous la trouvons exprimée dans les travaux plus récents de Gans (10) et de Miescher (11).

Il résulte, de ces travaux, un fait indéniable que tous ceux qui ont eu l'occasion d'étudier la question ont été à même de vérifier, à savoir que dans l'épiderme des nævi et des nævocarcinomes en dérivant, on constate souvent des nids cellulaires emprisonnés dans des sortes de cavités vésiculeuses. Si le fait matériel, en lui-même, est à l'abri de toute contestation possible, le mécanisme invoqué pour expliquer le développement de ces formations, ainsi que les idées émises sur la signification générale du phénomène, nous semblent, par contre, sujettes à discussion.

L'opinion généralement admise qui veut, comme on l'a vu, que des cellules « ségrégées » soient appelées à descendre de l'épiderme pour participer à l'agrandissement de la néoplasie sous-jacente, semble des plus séduisantes et serait sans doute la seule logique s'il était rigoureusement démontré que les processus intraépidermiques décrits n'appartiennent qu'à la seule tumeur primaire. Or, des faits observés récemment nous ont montré que les choses ne semblent pas se passer toujours ainsi. Ayant eu l'occasion d'étudier un nombre important de tumeurs secondaires provenant d'une malade atteinte de nævocarcinomatose généralisée, nous avons pu constater dans l'épiderme de ces tumeurs *secondaires* des images histologiques tout à fait semblables à celles décrites dans la tumeur princeps.

Cette constatation nous semble d'une importance capitale pour l'interprétation du phénomène et elle mérite, comme telle, d'être étudiée de près. Avant de passer à la description histo-pathologique des lésions constatées, il nous semble utile d'exposer, en quelques mots, l'histoire clinique du cas.

Observation (résumé). — La nommée L... C., âgée de 30 ans, entre dans la clinique dermato-syphiligraphique de Bucarest, en février 1927, pour des tumeurs mélaniques généralisées. D'après ses dires, elle aurait eu depuis l'enfance, dans la région inguinale gauche, une petite tache brune, de la grosseur d'une lentille, qui est restée dans cet état jusqu'à il y a 3 ans.

A cette époque, la tache commença à devenir plus foncée et à grossir petit à petit, tant en surface qu'en hauteur, atteignant au bout d'une

année les dimensions d'une noisette. La petite tumeur finit par s'ulcérer et, à partir de ce moment, devint sensible au contact des vêtements et commença à être le siège de fréquentes hémorragies.

Au mois de septembre 1926, la malade ayant consulté un médecin de sa ville natale, celui-ci lui conseilla l'extirpation chirurgicale de la tumeur, chose qui fut faite. La plaie opératoire guérit sans incident, mais, peu de temps après, se produisit un engorgement des ganglions inguinaux correspondants. Cinq mois plus tard, quelques petites tumeurs lui étant apparues dans la région temporale gauche et dans le dos, la malade retourna chez son ancien médecin qui détruisit les tumeurs au galvanocautère. Une semaine ne s'était pas passée après cette nouvelle intervention malencontreuse, que de nombreuses tumeurs commencent à apparaître dans différents endroits du corps, la généralisation se faisant, cette fois, avec une rapidité foudroyante.

Lors de son entrée à l'hôpital, la malade, amaigrie, aux téguments pâles et aux extrémités légèrement cyanosées, présentait un nombre extraordinaire de tumeurs (plusieurs centaines), de couleur brun foncé ou brun rougeâtre, dures au toucher et répandues sur presque toute l'étendue du corps. De dimensions variables, depuis celles d'une pointe d'aiguille ou d'un grain de mil jusqu'à celle d'une noisette ou d'une noix, ces tumeurs s'implantaient sur la peau par toute leur base, sans aucune tendance à la pédiculation. Leur surface, légèrement convexe et lisse au niveau des tumeurs petites, présentait sur les néoformations ayant déjà atteint des dimensions plus importantes, un aspect granuleux ou mûriforme, voire parfois franchement papillomateux. L'épiderme de recouvrement devenait, dans ces derniers cas, très mince, fait qui expliquait le saignement facile de ces tumeurs. Disséminées sans aucun ordre à la surface du tégument et généralement séparées par des intervalles plus ou moins importants de peau saine, les tumeurs n'acquerraient une véritable confluence que dans les régions pariétales et rétro-auriculaires. Dans ces derniers endroits, les tumeurs étaient tellement rapprochées qu'elles constituaient une masse conglomérée, papillomateuse, ulcérée en partie et sécrétant un liquide puriforme et fétide.

Dans l'aine gauche, on constatait un groupe de trois ganglions dont deux ayant la grosseur d'une noix et le troisième celle d'un œuf de pigeon. Dans cette même région, un peu en dessous de l'arcade, on remarquait la cicatrice de l'ancienne intervention pratiquée sur la tumeur initiale, cicatrice parfaite, sans aucune trace de récidive *in situ.*

Rien à signaler du côté des organes internes.

Après un séjour de quatre semaines, pendant lequel de nouvelles tumeurs apparurent sous nos yeux, la malade, se sentant de plus en plus faible, quitta la clinique pour retourner chez elle. D'après les renseignements que nous avons pu obtenir, elle aurait succombé deux mois après.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, un certain nombre de

tumeurs de grandeurs différentes, représentant par conséquent des moments divers de l'évolution néoplasique, furent extirpées, aux fins d'études anatomo-pathologiques. Les pièces extirpées, fixées dans le formol, l'alcool, le sublimé acétique et le liquide de Bouin, ont été incluses dans la paraffine et coupées en série.

Anatomie pathologique. — Dans la description qui suit nous nous proposons avant tout de mettre en lumière les altérations épidermiques constatées. Nous serons très brefs quant aux tumeurs proprement dites, la structure du nævocarcinome étant actuellement une question suffisamment connue. L'étude sommaire que nous leur consacrerons n'aura d'autre but que de justifier le diagnostic anatomo-pathologique et surtout de faire ressortir les rapports constatés entre le degré du développement tumoral et les phénomènes épidermiques auxquels nous faisions allusion.

De ce dernier point de vue nous croyons devoir ramener l'étude de nos tumeurs à deux catégories principales : l'une se rapportant à des tumeurs incipientes ou jeunes, ne dépassant pas approximativement les dimensions d'un grain de maïs, et l'autre à des tumeurs plus développées.

I. *Tumeurs incipientes ou jeunes.* — Si l'on examine une des tumeurs ponctiformes, représentant la toute première phase de la lésion métastatique, on constate que l'*épiderme de surface est absolument normal.* Aucune trace d'altération cellulaire quelconque ou de formation atypique dans son épaisseur.

Au-dessous de l'épiderme, en un point correspondant à la partie centrale de la coupe, on voit, à un faible grossissement, un petit nodule circonscrit, situé dans le derme superficiel, mais empiétant par endroits sur la couche papillaire, sans arriver toutefois jusqu'au voisinage immédiat de la membrane basale.

A l'immersion on se rend compte que le nodule en question est constitué par des cellules volumineuses à gros noyau vésiculeux, ovoïde, riche en chromatine, pourvu de deux nucléoles et à protoplasma abondant. Un certain nombre de ces cellules sont chargées de pigment mélanique sous forme de fines granulations, accumulées surtout dans la partie périphérique du corps cellulaire. Les cellules néoplasiques sont situées les unes à côté des autres, constituant des groupes plus ou moins importants, séparés par de minces travées conjonctives. En quelques endroits les cellules en question affectent

une systématisation un peu plus spéciale, dans le sens qu'elles sont disposées par groupes de 10 à 15 à l'intérieur de cavités, allongées ou arrondies, qui leur constituent une sorte de loge propre. La présence de quelques cellules endothéliales à la périphérie de ces formations semble indiquer qu'il s'agit là de vaisseaux en état de thrombose néoplasique.

Les tumeurs un peu plus grosses que les précédentes, atteignant, par exemple, les dimensions d'un pois ou d'un grain de maïs ne diffèrent pas beaucoup, histologiquement, de celles déjà décrites.

Ici, non plus, on n'observe *aucune lésion épidermique*. Quand à la masse tumorale, elle est constituée par les mêmes cellules à gros noyau vésiculeux et à protoplasma abondant, avec la seule différence qu'elles affectent ici un aspect plus polymorphe à cause de la pression réciproque. Ces cellules, dont un grand nombre sont chargées de pigment, dessinent par leurs groupements des formations nodulaires ou allongées, séparées par de minces travées conjonctives, ou par des espaces plus larges contenant des vaisseaux sanguins très dilatés.

II. *Tumeurs présentant un volume supérieur à celles déjà décrites.* — L'étude de ces tumeurs devient plus intéressante en raison des lésions épidermiques qu'on y constate et sur lesquelles nous reviendrons dans un instant.

La tumeur proprement dite occupe ici toute l'épaisseur de la coupe. Elle se perd en bas vers l'hypoderme et remonte en haut jusqu'à la couche papillaire et même, par endroits, jusqu'au voisinage immédiat de l'épiderme. Tout comme dans les cas précédents, la néoplasie ne dessine pas ici une masse continue, mais elle est constituée par des formations lobulaires arrondies ou ovalaires, de grandeurs différentes, ou des boyaux plus ou moins longs, séparés par de minces travées conjonctives, qui leur constitue parfois comme une sorte de capsule. Vers la surface du derme, les formations en question sont séparées les unes des autres par des espaces conjonctifs plus larges qui contiennent souvent des capillaires dilatés et parfois d'aspect ampullaire.

Au point de vue cytologique, nous retrouvons les mêmes cellules à gros noyaux vésiculeux et à protoplasma abondant. Les karyokinèses sont des plus fréquentes. Il n'est pas rare de voir sur un même champ d'immersion plusieurs figures en état de division

indirecte. La morphologie des cellules est quelque peu variable suivant leur emplacement. Ainsi, celles qui se trouvent à la périphérie des lobes présentent parfois une disposition vaguement en palissade, tandis que les autres affectent des formes arrondies, polyédriques ou irrégulières. Toutes ces cellules sont accolées les unes aux autres et se touchent par leurs bords, sans aucune séparation conjonctive. Un grand nombre d'entre elles sont chargées de pigment mélanique, sous forme de granulations fines, pulvérulentes.

Le pigment se retrouve en quantité notable, mais sous un autre aspect, dans les cellules situées dans les travées séparant les îlots néoplasiques. Ce sont là des cellules allongées, souvent ramifiées, d'apparence conjonctive, remplies de grosses granulations brunes, constituant parfois de véritables blocs pigmentaires.

Lésions épidermiques. — Signalons, en passant, l'existence de nombreux prolongements interpapillaires qui, partis de la face profonde de l'épiderme, plongent en s'amincissant et en devenant parfois tout à fait filiformes, jusque dans les parties profondes de la tumeur.

A l'examen de l'épiderme, on est frappé, même à un faible grossissement, par l'existence de nombreuses cavités de grandeurs différentes, ovalaires ou assez régulièrement arrondies, remplies de cellules sur les caractères desquelles nous reviendrons dans un instant. Ces cavités, qui offrent la plus grande ressemblance avec celles décrites par Darier, sous le nom de thèques, dans la tumeur primaire du nævocarcinome, se rencontrent non seulement dans l'épaisseur de l'épiderme de surface, mais aussi dans la paroi de certains follicules pileux et même au niveau de quelques prolongements interpapillaires (fig. 1).

Comme distribution, ces formations ne se trouvent pas réparties avec une égale fréquence sur toute l'étendue des coupes. Très nombreuses par endroits, constituant de véritables groupes d'alvéoles ou de thèques (fig. 2), elles ne sont représentées, par ailleurs, que par des unités isolées et plus ou moins distantes les unes des autres.

Toutes ces cavités, dont les parois sont constituées par des cellules épidermiques plus ou moins aplaties, contiennent, selon leur grandeur, un nombre variable de cellules, qui peut aller de 1 ou

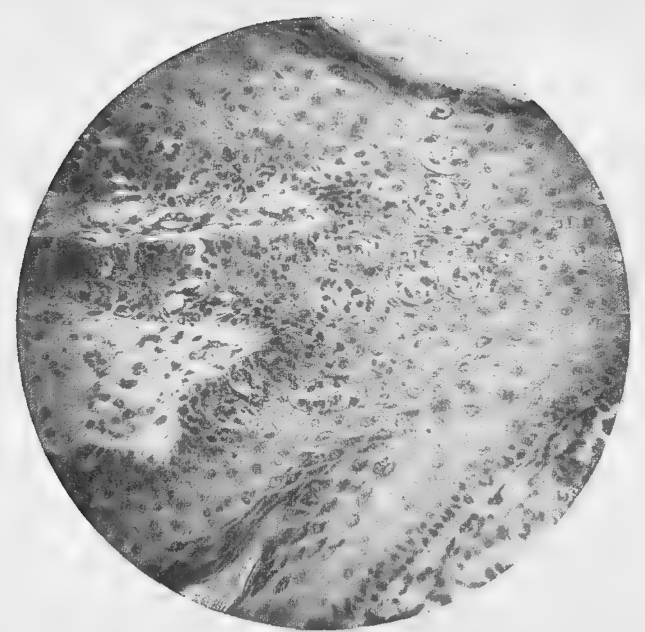


Fig. 1. — Microphotographie montrant l'existence des thèques dans l'épiderme de surface, dans la paroi d'un follicule pileux et dans un prolongement interpapillaire.

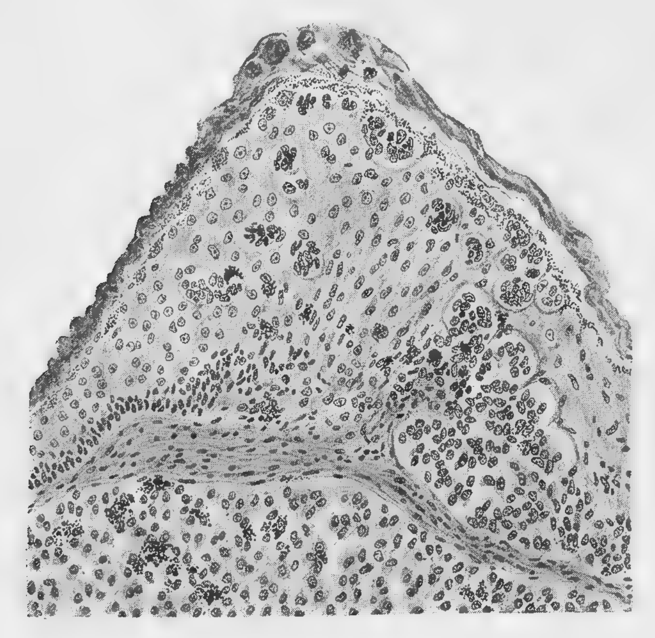


Fig. 2. — Reproduction photographique d'un dessin d'après nature montrant l'existence des thèques à tous les niveaux de l'épiderme, jusque dans la couche cornée.

2 éléments jusqu'à 10, 15 et même davantage. Ces cellules, rapprochées les unes des autres, remplissent toute la cavité dans laquelle elles sont emprisonnées, mais restent habituellement séparées de la paroi par un étroit espace. Si on les examine à un plus fort grossissement, afin d'apprécier leurs détails de structure, on se rend compte que les cellules remplissant les thèques présentent un certain nombre de caractères qui les différencient nettement des cellules malpighiennes environnantes. Tout d'abord, elles sont complètement dépourvues de filaments unitifs ; les cellules paraissent libres les unes par rapport aux autres, de même qu'elles n'affectent aucune attache avec la paroi des cavités.

Les noyaux de ces cellules, de forme ovalaire ou légèrement allongée, paraissent parfois un peu plus petits que ceux des cellules épidermiques environnantes et sont en même temps plus riches en chromatine. Ces noyaux sont entourés d'une masse protoplasmique généralement assez abondante, légèrement granuleuse et fixant mal les colorants. Le contour des cellules n'est pas toujours facilement délimitable, à cause de leur accolement fréquent. Un fait à signaler et qui témoigne en faveur de la vitalité de ces cellules, c'est l'existence de figures de karyokinèse, qu'on peut constater dans quelques-unes d'entre elles (voir fig. 2, pl. 1).

Une autre particularité, intéressante à noter, est que les cellules en question sont souvent chargées de pigment, sous forme de granulations extrêmement fines, poussiéreuses, qui imprègnent, d'une façon uniforme, tout le corps cellulaire. Cette pigmentation peut n'intéresser qu'un nombre restreint des cellules remplissant une thèque, mais il n'est pas rare de voir des thèques dont tous les éléments sont pigmentés (voir fig. 1, pl. 1). Ce pigment, par son aspect fin, est morphologiquement semblable à celui qui existe dans les cellules constituant la masse tumorale et se différencie du pigment à gros grains des mélanophores. Quoi qu'il en soit, cette pigmentation, intéressant électivement, pour ainsi dire, les cellules des thèques, constitue un fait frappant et contraste vivement avec l'absence du pigment non seulement dans les cellules épidermiques se trouvant au même niveau qu'elles, mais parfois aussi dans les cellules basales. En parcourant les coupes, on peut voir, il est vrai, de-ci, de-là, quelques rares cellules malpighiennes, n'ayant d'ailleurs aucun rapport de voisinage avec les thèques, se charger

individuellement d'un pigment à gros grains inégaux. Il s'agit là, selon toute vraisemblance, de pigment importé par les mélanophores, dont on peut voir un certain nombre s'insinuer entre les cellules épidermiques.

Les thèques, dont nous venons d'esquisser la description, se rencontrent dans tous les étages de l'épiderme, depuis la couche basale jusqu'à la couche cornée (fig. 2). L'examen attentif des coupes semble néanmoins démontrer qu'elles prennent naissance dans les assises profondes de l'épiderme, d'où elles sont graduellement repoussées vers la surface par l'évolution ascensionnelle de ce tissu. Nous tenons à faire remarquer, à ce propos, qu'à part l'évolution ascendante, signalée, nous n'avons jamais observé sur nos coupes d'images pouvant être interprétées comme représentant une marche des thèques dans le sens inverse, c'est-à-dire vers la couche dermo-papillaire. Un fait digne d'être mentionné est encore celui que les cellules des thèques, en remontant à travers l'épiderme, ne subissent pas les transformations successives qui caractérisent l'évolution normale des cellules épidermiques. Elles traversent, en effet, la couche granuleuse sans se charger de kératohyaline et arrivent à la surface sans se kératiniser. Parvenues à ce niveau, elles ne subissent qu'une sorte de ratatinement qui condense leur pigment et transforme en même temps le groupe de cellules en un bloc plus ou moins desséché, enclavé entre les lames cornées, destiné à être finalement éliminé avec les cellules du *stratum disjunctum*. Par ce dernier caractère, les cellules des thèques se distinguent fondamentalement des cellules pigmentées solitaires que nous avons signalées plus haut, qui suivent, elles, en remontant dans l'épiderme, l'évolution naturelle de ce tissu. Au niveau de la couche granuleuse on peut voir, en effet, les cellules en question se charger abondamment de kératohyaline, tout en gardant leurs grains de pigment.

Il nous reste encore, pour en finir avec la description histologique des lésions épidermiques, à noter une altération particulière que la couche basale peut présenter, par endroits. Cette altération consiste dans un état de gonflement ou de distension de certaines cellules de cette couche, dont le protoplasma devient réticulaire ou bien vacuolaire, tandis que le noyau plus ou moins aplati et dégénéré, se trouve rejeté à la périphérie. Cette vacuolisation acompagnée de gonflement, qui peut intéresser des cellules isolées ou une

série de plusieurs cellules contiguës, n'est pas sans exercer une certaine action mécanique sur leurs congénères immédiatement voisines, qui subissent de ce fait un aplatissement latéral, en même temps que leurs corps cellulaires et leurs noyaux s'étirent verticalement.

Cette altération des cellules basales semble constituer un fait à part et sans relation avec la formation des thèques. Du moins nous n'avons pu constater aucune correspondance nette entre ces deux phénomènes. L'étude de nos coupes nous a donné l'impression que cette altération cellulaire était mieux exprimée dans les endroits où la masse tumorale touchait de plus près l'épiderme. Les choses se passeraient donc, apparemment, comme si les éléments tumoraux exerçaient sur la couche la plus rapprochée de l'épiderme, une action nocive, de voisinage.

En résumé, *l'examen histologique d'un nombre important de tumeurs* secondaires, *provenant d'un cas de nævocarcinome généralisé, nous a permis de constater, dans l'épiderme de recouvrement des tumeurs plus développées et parfois aussi dans les follicules pileux et les prolongements interpapillaires, l'existence de cavités ou thèques contenant un nombre plus ou moins important de cellules libres, dépourvues de filaments unitifs.*

Ces altérations sont, ainsi qu'il résulte de la description que nous venons de donner, tout à fait superposables à celles déjà décrites, depuis longtemps, par différents auteurs, dans les nævi et le nævocarcinome *primaire*, mais considérées, à tort, comme appartenant exclusivement à ces deux sortes de néoformations. Or, les faits que nous rapportons montrent que cette manière de voir ne correspond pas, ou du moins ne correspond pas toujours à la réalité et que, dès lors, la question mérite d'être soumise à un travail de révision. Les faits sur lesquels nous voulons attirer l'attention n'auraient, sans doute, d'autre signification que celle d'une mise au point d'une question de détail, s'ils n'étaient de nature à remettre en discussion un problème important, à savoir celui touchant à la formation des thèques et à la provenance des cellules qu'elles emprisonnent.

Nous avons déjà exposé longuement plus haut l'opinion classiquement admise sur ce sujet, pour y revenir de nouveau. Nous rappellerons seulement qu'après les travaux de Unna et de Darier,

on regarde l'apparition des nids cellulaires intraépidermiques comme un phénomène primordial, présidant, en quelque sorte, au développement même des néoformations sous-jacentes. Les altérations épidermiques décrites ne représenteraient, en somme, que le premier acte d'un processus dont l'aboutissant serait le transport d'un certain nombre de cellules épidermiques vers la couche dermo-papillaire, où elles concourraient à la formation du nævus ou, en cas de transformation maligne, à l'accroissement de la tumeur en résultant.

Cette interprétation, plausible tant qu'on n'a eu en vue que les nævi et la tumeur primaire du nævocarcinome, nous semble difficilement soutenable du moment qu'on connaît l'existence des mêmes phénomènes cellulaires dans les tumeurs secondaires. On comprendrait mal, en effet, le pourquoi de cette soi-disant desmoplasie épidermique, avec les conséquences qu'on lui attribue, au niveau de ces tumeurs métastatiques. Qu'est-ce qui inciterait, en effet, l'épiderme, en tant de points différents, — partout où le hasard de l'embolisation aurait semé les métastases tumorales, — à délier, par « ségrégation », ses propres cellules et à les faire migrer vers la tumeur et quelle serait, en somme, la finalité d'un tel processus? Ce sont là autant de questions auxquelles l'interprétation, dont nous venons d'exposer les termes, ne peut donner une réponse satisfaisante.

L'existence d'amas cellulaires libres dans l'épiderme des tumeurs secondaires constitue, selon nous, un fait appelé à donner une orientation nouvelle à l'interprétation du phénomène.

Il est, sans doute, toujours délicat de tenter l'explication d'un fait histologique dont on n'a pu suivre, sur le vif, les étapes et qu'on ne connaît que par son image statique. Néanmoins, en prenant pour base les considérations invoquées, ainsi que certains faits dont il sera question dans un instant, nous nous croyons autorisés d'affirmer que les cellules libres, emprisonnées dans des cavités plus ou moins bien constituées, qu'on trouve dans l'épiderme recouvrant ces tumeurs, ne sont pas des éléments nés sur place, ou, pour mieux préciser, ne sont pas des cellules épidermiques rendues libres par ségrégation, mais des éléments cellulaires *importés*, provenant de la masse tumorale sous-jacente. *Il s'agirait là, par conséquent, d'une sorte de métastase intraépidermique.*

Nous avons pu, en effet, constater parfois dans nos coupes des éléments isolés, présentant tous les caractères des cellules tumorales, s'insinuer entre les cellules de la couche basale et y pénétrer. Nous n'avons observé que rarement d'images paraissant indiquer une pénétration des cellules par groupes et cela uniquement dans les endroits où la tumeur touchait directement à l'épiderme et désorganisait en quelque sorte la membrane basale.

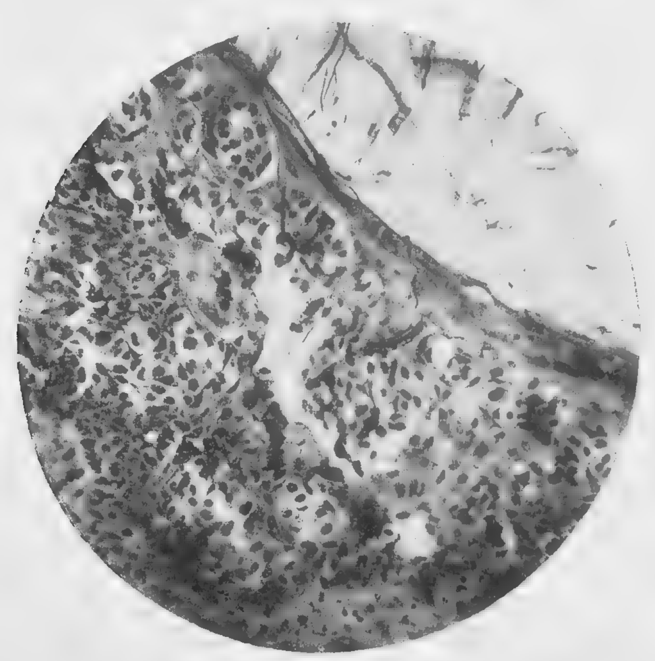


Fig. 3. — Microphotographie représentant un point de la préparation où la tumeur touchant directement à l'épiderme, la membrane basale est désorganisée et une véritable immixtion s'est produite entre les cellules tumorales et celles de l'épiderme. Dans la partie supérieure on voit des thèques bien constituées.

Tout semble donc démontrer que l'invasion épidermique se fait, à l'ordinaire, par des éléments isolés qui s'y accumulent successivement. Nous ne sommes pourtant pas éloignés d'admettre, sur la foi des karyokinèses constatées, que ces cellules tumorales, extrêmement fertiles, ne soient capables de se multiplier sur place, dans l'épiderme même, et de contribuer ainsi à l'enrichissement des nids cellulaires. Ainsi que nous l'avons déjà dit plus haut, on peut observer au milieu de ces formations des figures karyokinétiques jus-

qu'au voisinage de la couche granuleuse. Il serait vraiment étrange s'il s'agissait là d'éléments appartenant en propre à l'épiderme, de constater des phénomènes de division active, à un niveau aussi élevé, et cela dans des cellules déjà détachées du tissu auquel elles appartiendraient.

Parmi les caractères qui différencient encore les cellules des thèques des cellules épidermiques environnantes et plaident également pour leur origine étrangère, il nous reste à citer les suivants :

1° L'absence complète de filaments d'union de la part de ces cellules.

2° Leur pigmentation spéciale, composée de grains fins, ponctiformes, tout à fait semblable à celles des cellules tumorales et bien différente de celle à gros grains des mélanophores. La pigmentation exclusive de ces cellules, au milieu d'un épiderme dépourvu de pigment, constitue, en plus, un fait des plus frappants et des plus significatifs.

3° Citons encore, comme dernier argument, le fait que les cellules des thèques, dans leur marche ascensionnelle vers la surface, ne subissent pas les transformations qui conduisent les cellules épidermiques à la kératinisation.

Nous avons longuement insisté sur toutes ces particularités lors de la description histologique de nos coupes, pour nous contenter ici de les énumérer seulement.

Après avoir exposé les raisons qui nous semblent militer en faveur de l'origine étrangère des cellules des thèques, il nous semble nécessaire, pour mieux préciser notre façon de penser, d'exprimer, en quelques mots, comment nous envisageons, dans son ensemble, le processus conduisant à ces altérations.

Parmi les tumeurs malignes, le nævocarcinome est, comme l'on sait, une de celles dont les cellules sont douées d'un pouvoir extrême de dissémination. On connaît, à cet égard, le danger des facteurs irritatifs et des interventions sanglantes, mêmes larges, dans cette sorte de tumeur, dont le traitement efficace reste l'électrolyse ou, mieux encore, le diathermocoagulation, seuls moyens qui permettent de réaliser une destruction massive et quasi-instantanée du tissu pathologique.

De tels faits nous conduisent à admettre que les cellules du nævocarcinome possèdent, à un degré bien supérieur à celles des

autres tumeurs malignes, la faculté de se mobiliser et se propager au loin. La soudaineté de cette propagation, ainsi que le nombre considérable de métastases qui caractérisent la généralisation de ces tumeurs, donne à penser que la mobilisation des cellules néoplasiques se fait, ici, grâce à des mouvements propres, amœboïdes. Rappelons, à ce propos, que la culture des tissus a déjà démontré les propriétés amœboïdes des cellules appartenant à certaines variétés de sarcomes.

La constatation des altérations épidermiques dans nos tumeurs semble, en outre, démontrer que dans le nævocarcinome les cellules néoplasiques ne se contentent pas d'envahir seulement le tissu conjonctif et d'y réaliser les métastases tumorales bien connues; douées d'une force d'essaimage peu commune, un certain nombre d'entre elles peuvent se porter vers l'épiderme de recouvrement et parfois vers ses annexes folliculaires, qu'elles envahissent. Cette migration intraépidermique on ne peut, évidemment, pas la surprendre sur le vif, mais elle semble suffisamment démontrée par ses effets.

Dès lors, l'existence de nids cellulaires libres dans l'épiderme du nævocarcinome (*qu'il s'agisse de la tumeur primaire ou des tumeurs secondaires*) s'éclaire d'un jour nouveau et acquiert une explication simple, sans qu'on soit obligé d'invoquer, comme on l'a fait, des mécanismes compliqués, dont on ne saisit pas bien la signification. Conformément à l'opinion exprimée plus haut, ce ne sont là, pour nous, nous le répétons, que des éléments tumoraux parvenus dans l'épiderme par voie de migration et non pas des éléments autochtones, épidermiques, détachés de leurs congénères par « desmoplasie » ou « ségrégation ».

Une fois arrivées là, ces cellules, capables encore, en tant que cellules tumorales, de se multiplier sur place, creusent dans l'épaisseur de l'épiderme des cavités ou thèques, dans lesquelles elles se logent. Enclavées dans un tissu en état de perpétuelle rénovation de bas en haut, ces métastases « égarées », perdues pour ainsi dire pour le fond tumoral, sont entraînées par le flot montant des cellules épidermiques, vers la surface, où elles sont éliminées par le processus de l'exfoliation.

Cette évolution ascendante des thèques, à travers l'épiderme, a été bien vue et magistralement décrite par Darier, dans la tumeur

primaire du nævocarcinome, mais cet auteur, conséquent avec sa conception sur l'origine des cellules « næviques », ne la considère que comme un phénomène en quelque sorte accessoire, faisant la contrepartie d'un autre phénomène, plus important à son avis, à savoir l'évolution descendante de ces mêmes éléments vers le derme. Nous ne voulons pas nier d'une façon absolue la possibilité d'un tel fait, mais, si sa réalité était démontré, nous serions enclins à l'interpréter, plutôt comme un retour possible, vers leur point de départ initial, d'un certain nombre des cellules immigrées. Quoi qu'il en soit, d'après les observations que nous avons pu faire, nous restons, personnellement, fermement convaincus que le phénomène essentiel, sinon unique, dans l'évolution des thèques est celui de leur ascension vers la surface.

La possibilité de métastases intraépidermiques dans le nævocarcinome, telle que nous venons de l'envisager, ne représente pas une idée nouvelle. Elle a été déjà mentionnée, en passant, par Masson (12), à l'occasion d'une étude critique, présentée à la Société de Dermatologie de Strasbourg (janvier 1925), concernant la question de la desmolyse et de la ségrégation en général.

Il ne semble pas, d'ailleurs, qu'il s'agisse là d'un phénomène à part, appartenant en propre au nævocarcinome seul, car on trouve dans la science l'observation de phénomènes analogues dans d'autres tumeurs malignes.

Ainsi, Jakobæus (13) (1904) et, après lui, Ribbert (14) (1911) ont soutenu que les cellules dites « de Paget », dans la maladie de Paget du mamelon, ne seraient autre chose que des métastases intraépidermiques d'un cancer des canaux galactophores de la glande. La question a été reprise et remarquablement étudiée, dans le tout dernier temps, par Masson (15) et par Pautrier, Lévy et Diss (16), qui se rangent, sans réserve, à l'opinion des auteurs précédents. Rappelons encore que Bonset, dans un cas de cancer de la lèvre, a signalé des aspects histologiques pouvant être interprétés également comme des métastases intraépidermiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. P. G. Unna. — Nævi und Nævocarcinome. *Berliner mediz. Wochenschrift*, Jahrg XXX, n° 1, p. 14, 1893.
2. E. Delbanco. — Epithelialer Nævus. *Monatsh. f. prakt. Dermatolog.* Bd. 22, p. 105, 1896.

3. M. Hodara. — Das Verhalten der Epithelfaserung waehrend der Entwicklung der weichen Muttermæler u. d. alveolären Carcinome. *Monatsh. f. prakt. Dermatologie*, Bd. 25, p. 205, 1897.
4. L. Wælsch. — Ueber die aus weichen Nævi enstadenen bœsartigen Geschwuelste. *Arch. f. Dermatol. u. Syphilis*, Bd. 49, p. 249, 1899.
5. Dalla Favera. — Beitrag zur Kenntnis der Pigmentnævi. *Ziegler's Beitræge*, Bd. 43, p. 43, 1908.
6. Kyrle. — Ueber einen Fall von Nævosarkom mit besonderer Berücksichtigung der Tumormatrix. *Archiv für Dermatol u. Syphilis*, Bd. 40, Heft 1 et 2, 1908.
7. Kreibich. — Ueber die Natur der Nævuszellen. *Wiener. klin. Wochenschrift*, p. 285, 1911.
8. Miescher. — Die Entstehung der bœsartigen Melanomen der Haut. *Virchow's Archiv.*, Bd. 86, p. 264, 1927.
9. J. Darier. — Des nævocarcinomes. *Bulletin de l'Association Française du Cancer*. Séance du 21 novembre 1913
10. O. Gans. — *Histologie der Hautkrankheiten*, Berlin, 1928, p. 397.
11. Miescher. — *Loc. cit.*
12. P. Masson. — Considérations sur la maladie de Paget. *Bulletin de la réunion dermatologique de Strasbourg*, p. 6, 1925.
13. Jakobæus. — *Virchow's Archiv*, 1904.
14. Ribbert. — *Karzinom der Menschen*, 1911.
15. P. Masson. *Loc. cit.*
16. Pautrier, Lévy et Diss. — Maladie de Paget du mamelon. *Presse médicale*, p. 893, 1927.

EXPLICATION DE LA PLANCHE

Fig. 1. — Dessin exécuté d'après nature représentant l'existence des thèques à tous les étages de l'épiderme. On y remarque la pigmentation fine, poussiéreuse des cellules contenues dans les thèques, contrastant avec l'absence de tout pigment dans les cellules malpighiennes.

Fig. 2. — Dessin exécuté dans les mêmes conditions que le précédent, montrant également des thèques contenant des cellules à pigment fin. A remarquer l'existence de figures de karyokinèse dans quelques cellules des thèques. Une de ces cellules se trouve dans le voisinage immédiat de la couche granuleuse.

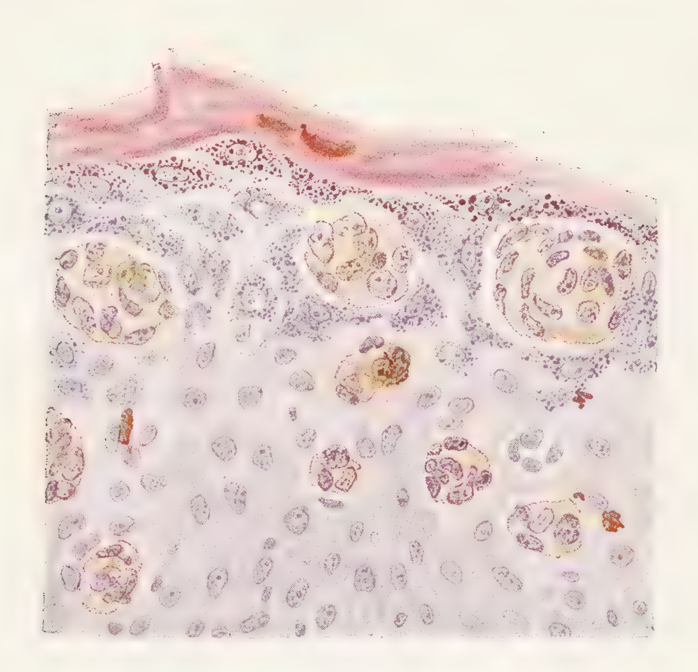


Fig. 1

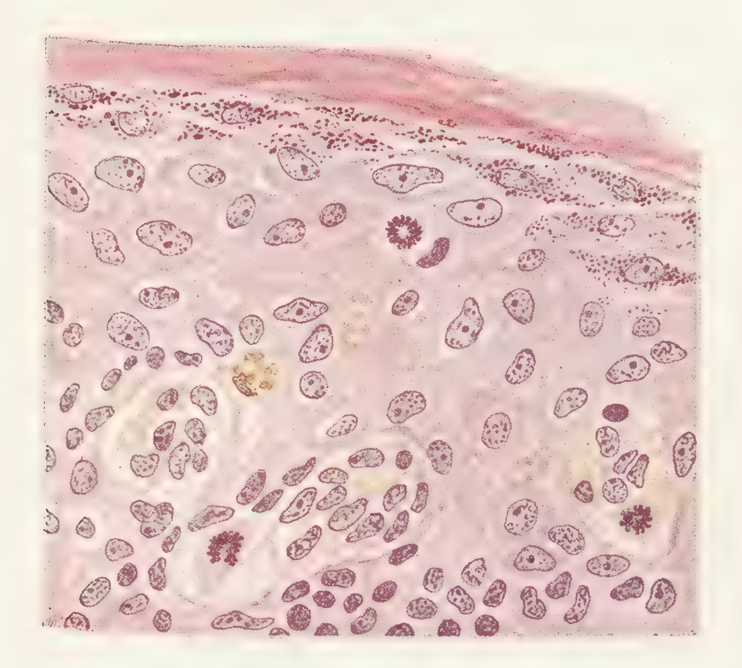


Fig. 2

NOTE SUR LES CELLULES DU NÆVOCARCINOME

LEURS MIGRATIONS ET LEUR PROPRIÉTÉ CANCÉRIGÈNE

(A PROPOS DU MÉMOIRE DU PROF. NICOLAU)

Par J. DARIER

La Rédaction des Annales m'a communiqué, et je lui en sais gré, le mémoire du Prof. Nicolau avant son insertion. Qu'il me soit permis d'exposer quelles sont à mes yeux les modifications que ce travail si documenté et si sobre apporte aux idées régnantes sur les nævi cellulaires, les nævocarcinomes et la cancérisation en général.

L'auteur a découvert dans des tumeurs cutanées métastatiques de nævocarcinome le processus de formation et d'ascension dans l'épiderme des cellules en ségrégation et des thèques que j'avais décrit et figuré dans les nævocarcinomes primaires. Je rappelle que ce processus de migration ascendante, combiné à la descente des cellules et thèques næviques dans le derme constaté par Unna, je l'avais délibérément cherché et rencontré dans quatre des tumeurs primaires dont je disposais à l'époque. J'ai pensé, et j'estime encore, qu'il constitue la preuve la plus péremptoire de la nature épidermique des cellules næviques et par conséquent des nævocarcinomes.

Or ce processus Nicolau le retrouve, sous une forme identique, dans « un nombre important » de tumeurs métastatiques d'un certain volume d' « un cas » de nævocarcinomatose. La fréquence du phénomène importe peu ; même s'il est exceptionnel, car je ne l'avais pas vu et ne sache pas qu'on l'ait signalé précédemment, il mérite considération et réclame une explication.

L'auteur lui attribue une importance capitale; cette découverte remettrait en question tout le problème de l'origine et de la nature des cellules næviques et des tumeurs qu'elles constituent. Sans le

déclarer expressément, il laisse entendre que la présence dans l'épiderme de ces cellules anormales pourrait résulter d'une immigration d'éléments venant d'ailleurs (?); c'est la crainte que cette hypothèse n'ébranle quelques esprits et ne les incline à un retour en arrière, qui m'a poussé à rédiger la présente note.

Ce que Nicolau décrit et figure dans ses tumeurs, ce sont des images histologiques de tous points semblables aux miennes : une ségrégation dans la couche épidermique basale de cellules pigmentées et de thèques qui montent dans l'épiderme jusqu'à la couche cornée. La réalité du fait est établie avec un soin minutieux. Le seul point qui reste douteux dans cette description si loyalement complète, est le suivant : on signale par endroits dans la couche basale une altération consistant en une « vacuolisation accompagnée de gonflement qui peut intéresser des cellules isolées ou une série de plusieurs cellules contiguës ». Cette altération semble à l'auteur n'avoir « pas de relation avec la formation des thèques » ; elle concorde cependant si bien avec celle que j'ai constatée dans les tumeurs primaires, que j'estime qu'en cela il se trompe, et qu'au contraire elle représente le stade initial de tout le processus. En tout état de cause il me semble qu'on ne saurait méconnaître que nous sommes en présence, dans ces nævocarcinomes secondaires, d'une renaissance du processus de formation dont relèvent les nævocarcinomes primaires.

Telle n'est pas l'interprétation de Nicolau. Négligeant l'altération vacuolaire de certaines cellules basales, il pense que la présence intra-épidermique de cellules nævocarcinomateuses s'expliquerait par une immigration d'éléments venant de l'embolie tumorale. Et cela le conduit à se demander si l'image histologique identique que présentent les nævocarcinomes primaires ne témoignerait pas d'une origine pareille !

L'autre explication, celle d'une reviviscence dans les tumeurs secondaires du processus dont relèvent les primaires, il l'a repoussée. Il trouve difficile de comprendre comment une métastase, c'est-à-dire la survenue d'une embolie de cellules tumorales au voisinage d'un point quelconque de l'épiderme, pourrait délier par ségrégation les propres cellules de celui-ci et les faire migrer. Il me pardonnera de faire bon marché de son argument tiré de ce qu'aurait d'inconcevable la « finalité » d'un tel processus ! car la finalité

d'une cancérisation par n'importe quel mécanisme nous échappe évidemment toujours.

Que le fait signalé soit troublant, je le reconnais autant que quiconque. Pourtant je trouve dans le texte même de l'article des indications fort suggestives. L'auteur insiste très judicieusement sur les caractères biologiques tout particuliers des cellules nævocarcinomateuses : leur extrême vitalité attestée par leurs karyokinèses nombreuses, leur habituelle imprégnation par du pigment en fine poussière, leur inaptitude à subir la kératinisation, leur pouvoir de migration et de dissémination auquel concourt leur très probable mobilité amœboïde. A quoi tient cet ensemble de propriétés qui distingue ces éléments des cellules malpighiennes et qu'on peut qualifier du nom de cancérisation cellulaire? Or un passage du travail de Nicolau qui m'a frappé est celui où il dit : « L'étude de nos coupes nous a donné l'impression que cette altération cellulaire (vacuolisation avec gonflement et ségrégation) était mieux exprimée dans les endroits où la masse tumorale touchait de plus près à l'épiderme. Les choses se passeraient donc apparemment comme si les éléments tumoraux exerçaient sur la couche la plus rapprochée de l'épiderme une « action nocive de voisinage ».

On ne saurait donc se défendre de l'idée que nous assistons peut-être là à un exemple de transmission de propriétés cancéreuses, je n'ose dire d'infection propagée, mais tout au moins de passage d'un principe qui donne à des cellules normales les caractères biologiques mentionnés tout à l'heure.

La possibilité d'une influence cancérigène exercée par des cellules cancéreuses sur des cellules normales avec lesquelles elles se trouvent plus ou moins en contact, a été plusieurs fois entrevue et supposée ; mais je crois que cette « action nocive de voisinage », qu'on a appelée aussi « envahissement par transformation » ou « débauchage » est universellement considérée comme une hypothèse sans fondement, ou tout au moins comme non prouvée.

Je me bornerai à faire remarquer que le cas des nævocarcinomes secondaires serait particulièrement favorable à une constatation de ce phénomène de cancérisation transmise, puisque les cellules du nævocarcinome, si l'idée que nous en avons est juste, sont de par leur origine des cellules basales de l'épiderme qui ont acquis des propriétés nouvelles en même temps qu'un aspect morphologi-

que les rendant aisément reconnaissables ; que la métastase peut les conduire au voisinage immédiat de cellules basales saines, de nature identique à la leur ; et que si celles-ci sont « contagionnées » elles traduiront le fait par des modifications morphologiques apparentes. Je n'aperçois pas que des conditions aussi favorables à une constatation directe soient réalisées par exemple dans les métastases cutanées d'un cancer du sein ou d'un autre cancer glandulaire, ni dans la propagation à la peau de dedans en dehors d'une autre espèce de cancer de la peau.

On n'oserait certes pas conclure que les observations de Nicolau sont décisives à cet égard ; mais il faut avouer qu'elles sont fort impressionnantes.

En dehors de ce point particulier qu'il m'a paru intéressant de mettre en lumière, je serai bref sur plusieurs autres. Je ne vois aucune raison de nier l'immigration intra-épidermique possible de cellules du nævocarcinome métastatique dont parle l'auteur. De même je ne nie pas la possibilité d'une immigration dans l'épiderme des cellules d'un cancer quelconque. Ce que je persiste à contester c'est que ce phénomène signalé par Masson, Pautrier, Lévy, Diss, Borst, après Jacobœus et Ribbert, explique la « cellule de Paget » et les lésions épidermiques de cette maladie ; je me crois en droit de maintenir que les cellules particulières dont l'abondance caractérise la maladie de Paget, celles de la maladie de Bowen, et de la dyskératose folliculaire — de même que les cellules ségrégées des nævi et du nævocarcinome — sont des éléments épidermiques autochtones, et non exogènes et importés. Malgré les critiques que cette dénomination a soulevées, on peut continuer à appeler dyskératosique cette altération individuelle des cellules épidermiques, puisque le caractère principal et le plus apparent de cette altération est une modification du processus normal de la kératinisation. Mais, comme l'auteur lui-même, je ne touche ici qu'accessoirement à cette question.

Je trouve plus important de souligner que le mémoire de Nicolau n'ébranle pas la doctrine de la nature épidermique du nævocarcinome, qui est un épithéliome nævique ; j'ai tenu aussi à mettre en lumière le curieux et important problème que soulève « l'action nocive de voisinage » qu'il a reconnue aux cellules du cancer nævique.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en mars 1930.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

L'influence des urétrites et des prostatovésiculites chroniques sur la production des troubles génitaux chez l'homme, par B. Valverdé. *Annales des Maladies Vénériennes,* 25e année, n° 3, mars 1930, p. 161.

V. admet que beaucoup de troubles génitaux pour lesquels les malades s'adressent à des spécialistes du système nerveux, sont en réalité sous la dépendance de lésions liées aux urétrites et prostato-vésiculites chroniques. Ces lésions sont localisées dans le veru-montanum, la fossette prostatique, la prostate et les vésicules. Sous l'influence du traitement approprié, on voit ces lésions régresser et en même temps, disparaître les troubles génitaux dont souffraient ces malades.

H. Rabeau.

Syphilis conjugale, par Levitin. *Annales des Maladies Vénériennes,* 25e année, n° 3, mars 1930, p. 170.

Intéressante observation d'un mari bien portant qui, après trois ans de cohabitation avec sa femme syphilitique n'a été contaminé qu'au moment où sa femme a commencé à être traitée.

H. Rabeau.

A propos de la stérilité syphilitique, par J.-E. Marcel *Annales des Maladies Vénériennes,* 25e année, n° 3, mars 1930, p. 172.

M. a publié en 1927 l'observation d'une jeune femme de 28 ans dont la stérilité fut guérie par le traitement antisyphilitique. Cette malade présentait quelques stigmates, mais ses antécédents héréditaires étaient particulièrement chargés. Cette stérilité complète depuis 6 ans cessa avec le traitement spécifique ; puis, avec l'abandon de ce traitement, coïncida une stérilité incomplète, fausses couches de 2 mois, 3 mois $\frac{1}{2}$, enfin grossesse de 5 mois.

L'autre observation a trait à une jeune femme, ne présentant pas de stigmates, mais un Wassermann positif. Les deux sœurs de la malade, seules subsistantes d'une famille de 18 enfants, sont aussi stériles. Un traitement régulier et intensif fit cesser la stérilité pour la première de ces malades.

M. insiste sur l'origine syphilitique de certaines stérilités féminines et sur les résultats du traitement. H. Rabeau.

Archives de l'Institut Prophylactique (Paris).

Rapport à l'Assemblée générale de l'Institut prophylactique (20 décembre 1929). Comment sont établies les statistiques de l'Institut prophylactique, par A. VERNES. *Archives de l'Institut Prophylactique*, 2e année, n° 1, p. 5.

239.284 consultations en 1929, voilà la meilleure preuve du développement de cette organisation de lutte. Les statistiques ont été établies jusqu'en 1927 ; une statistique ne peut être établie en matière de syphilis, que sur un diagnostic précis, nécessitant une observation prolongée. Les anciens cadres de syphilis primaire, secondaire, tertiaire ont été supprimés. Ces statistiques sont intéressantes à étudier. On y verra que la proportion des cas de tabès est en augmentation continue de 1924 à 1927.

Pour 100 syphilitiques venus au dispensaire, on note :

35-45 cas de syphilis acquise sans participation des méninges ;

15-20 cas de syphilis acquise avec participation des méninges ;

2 ou 3 cas de syphilis héréditaire ;

30-40 cas de syphilis diagnostiqués avant la venue au dispensaire et ne présentant plus aucun signe. H. RABEAU.

Adaptation du matériel de syphilimétrie à la pratique coloniale, par A. VERNES, R. BRICQ et TRAUTMANN. *Archives de l'Institut Prophylactique*, 2e année, n° 1, p. 69.

Les auteurs ont apporté à leur matériel quelques modifications permettant de satisfaire à tous les besoins coloniaux actuels. Elles le rendent susceptible de fonctionner dans les locaux où n'existent ni fabrique à glace, ni usine électrique. H. RABEAU.

Au seuil de notre deuxième année de publication, par A. VERNES. *Archives de l'Institut Prophylactique*, 2e année, n° 1.

La syphilis qui peut être la maladie la plus grave peut être la plus bénigne des maladies lorsqu'elle est combattue par un ensemble de moyens appropriés. La photométrie a permis de se rendre compte de la gravité de l'infection, de l'activité des thérapeutiques mises en œuvre. Elle a permis d'établir la courbe de l'infection sous l'influence du traitement, et ainsi une grande étape a été franchie dans cette lutte.

Cette méthode photométrique a permis d'étudier certaines propriétés particulières du sérum des tuberculeux et des cancéreux.

Concurremment, la pratique de la photométrie a amené à une série de micro-dosages (urée, acide urique, sucre...).

H. RABEAU.

Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Remarques sur l'histologie pathologique du pityriasis versicolor, par G. MASSIA et J. ROUSSET. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, n° 2, février 1930, pp. 68-72, 3 fig.

Dans ce travail, fait dans le laboratoire du professeur Nicolas, de Lyon, les auteurs ont repris l'étude des squames et des biopsies de *pityriasis versicolor*.

Pour les squames, ils conseillent une technique nouvelle de coloration : faire tomber les squames sur une goutte d'acide acétique cristallisable posée sur la lame ; dessécher doucement sur une flamme, colorer ensuite au bleu de méthylène au 1/100e, ou au bleu de Sahli ou mieux à l'hémalun. Laver ensuite avec précautions dans un cristallisoir plein d'eau, temps très délicat. Les préparations colorées à l'hémalun peuvent être gardées après montage dans le baume de Canada.

Le parasite apparaît sous la forme d'un mycélium ramifié et par place sous la forme de levures, improprement appelées spores : celles-ci sont plus nombreuses sur les squames conservées un ou deux jours avant coloration. A. Bocage.

L'eczéma marginé de Hebra chez le nourrisson, par L. Périn. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, no 2, février 1930, pp. 73-81.

Excellente et très complète revue générale avec une observation personnelle et un cas de Pignot et Photinos. Cette affection débute dans la région crurale deux ou trois semaines après la naissance ; l'examen direct des squames est positif, la culture difficile, le plus souvent souillée. Après avoir discuté le diagnostic avec diverses affections classiques, l'auteur décrit les formes atypiques de l'épidermophytie et passe en revue les parasites qui peuvent donner des lésions semblables. Il termine en rappelant les règles du traitement par l'alcool iodé au 1/100e ou diverses pommades.

A l'examen histologique, épaississement de la couche cornée, moindre adhérence au *stratum lucidum*, pas de parakératose, infiltrats insignifiants, pigmentation de la basale toujours très augmentée. Le parasite part d'une espèce de corps radiculaire situé près de la couche granuleuse d'où sortent verticalement des filaments mycéliens.

Par place, entre deux couches cornées, existent des sortes de thèques où se groupent ces formes levures, qui semblent être la forme de résistance de *Malassezia furfur*. A. Bocage.

Séquelles de crises nitritoïdes, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, no 2, février 1930, pp. 82-83.

Le 3 février, crise nitritoïde ; le 4, il persiste de la rougeur de la face et de l'œdème des paupières et un fin purpura qui descend sur le cou et le thorax ; le lendemain, les paupières ne sont pas complètement désenflées. Il y a là un fait de passage entre la crise nitritoïde et l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse. A. Bocage.

Douleurs fulgurantes, leur traitement, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, no 2, février 1930, pp. 84-86.

Un tabétique entre à l'hôpital pour des douleurs fulgurantes d'une

intensité tout à fait exceptionnelle, se reproduisant toutes les demi-minutes depuis deux jours, avec 39°6. Calmé par la morphine, on lui injecte d'emblée 0,60 de novar ; un long frisson suit et la température monte à 41°3 pour retomber vers 37° le lendemain en même temps que les douleurs s'atténuent.

Dans les jours suivants, une série d'injections fut faite dont les premières réveillèrent des douleurs ; les dernières doses furent deux fois 1 gr. 05 et une fois 1 gr. 20. Cinq semaines après son arrivée, le malade sort de l'hôpital guéri.

L'observation ne dit pas si le malade avait été antérieurement traité pour sa syphilis et son tabès.

L'auteur voit dans la réaction thermique de la première injection une fièvre biotropique directe, prouvant l'origine syphilitique pure des accidents. A. Bocage.

Sur un essai encourageant du traitement de la calvitie progressive masculine, par G. Mestchersky. *Revue française de Dermatologie et Vénéréologie*, 6e année, n° 2, février 1930, pp. 87-88.

L'auteur a remarqué qu'un fort érythème du cuir chevelu favorise la repousse des cheveux, aussi longtemps qu'il persiste, quelle que soit la cause de l'érythème, y compris les inflammations locales.

Il propose de créer une réaction inflammatoire par injections de lait dégraissé stérilisé réparti en petites quantités au milieu du tissu sous-cutané. A. Bocage.

Chancre echtymateux du gland avec bubon inguinal Etiologie echtymateuse possible de certaines ulcérations génitales adénogènes cryptogénétiques, par G. Milian et C. Michaux. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, n° 3, mars 1930, pp. 132-137.

Un phtiriasique atteint d'echtyma des jambes fait une ulcération du sillon balano-préputial compliquée de bubon suppuré. Pas de bacilles de Ducrey sur frottis, auto-inoculation négative. Il n'a pas été fait d'intradermo-réaction.

Les auteurs rappellent quelques observations anciennes.

A. Bocage.

Eruption papuleuse disséminée survenue au cours d'un rhumatisme articulaire algu (tuberculides papuleuses) par G. Milian et G. Garnier. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, n° 3, mars 1930, pp. 138-145, 2 fig.

Vers la 6e semaine d'un rhumatisme articulaire aigu typique, au 10e jour du traitement salicylé apparaît une éruption de papules sèches, rouge jaunâtre, quelques-unes un peu ombiliquées, qu'on eût prises pour des syphilides. Le monomorphisme des lésions, leur infiltration un peu molle, leur aspect jaunâtre à la vitropression et surtout l'examen histologique fit porter le diagnostic de tuberculides. Le soleil et les rayons ultra-violets amenèrent la guérison. A. Bocage.

Impétigo du visage. Adénophlegmon du cou. Erythème scarlatiniforme généralisé biotropique dû au traitement par la pommade à l'oxyde jaune, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 6e année, n° 3, mars 1930, pp. 146-148.

Observation d'une malade fort complexe à antécédents syphilitiques et tuberculeux, qui fit un impétigo très prolongé, compliqué d'adénophlegmon, puis, à la suite d'application d'oxyde jaune, d'une érythrodermie généralisée que l'auteur décrit comme indiscutablement streptococcique et d'origine biotropique. A. Bocage.

Roséole infectieuse biotropique du traitement arsenical, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 6e année, n° 3, mars 1930, pp 149-151.

Un ancien syphilitique à Bordet-Wassermann positif fait après deux injections de novar une roséole qui persiste quatre semaines sans traitement nouveau, cependant que le Bordet-Wassermann devient négatif. Il s'agissait d'une roséole saisonnière biotropique, dont l'auteur résume une autre observation. A. Bocage.

Annales de Médecine (Paris).

La syphilis pseudo-tumorale de la moelle, par J. Haguenau et A. Lichtwitz. *Annales de Médecine,* t. XXVII, n° 3, mars 1930, pp. 268-288, 1 fig. Bibliographie.

Elle est caractérisée cliniquement par une phase douloureuse prémonitoire puis une paraplégie avec troubles vésicaux et escarres, dans le liquide céphalo-rachidien par de l'hyperalbuminose et souvent xanthochromie et coagulation, et radiologiquement par l'arrêt du lipiodol.

Elle appartient au groupe des pachyméningites cervicales hypertrophiques de Charcot et Joffroy, parmi lesquelles il y a des formes primitives, des cas de syringomyélie et des pachyméningites syphilitiques et tuberculeuses. Ici les auteurs font un historique détaillé de la question.

La syphilis pseudo-tumorale de la moelle prédomine de beaucoup dans le sexe masculin, et est généralement tardive, mais a été vue moins d'un an après le chancre.

Anatomiquement, les lésions sont très diffuses, discrètes dans l'ensemble de la hauteur de la moelle, avec souvent un anneau fibreux encerclant la moelle dans la région cervicale ou lombaire surtout. Il y a plus d'arachnitis que d'atteinte de la dure-mère ; ce n'est que secondairement que celle-ci se symphyse avec les autres enveloppes. Histologiquement, lames fibreuses épaisses à mailles remplies d'amas leucocytiques, par place petites gommes sclérosées. Il y a des lésions radiculaires précoces à type de névrite segmentaire ; la moelle est souvent touchée, sans cavités comme dans d'autres pachyméningites primitives.

Cliniquement on décrit :

une forme lombo-sacrée qui débute par des douleurs lombaires, puis de la sciatique qui finit par devenir bilatérale. Il peut exister des troubles urinaires dès ce moment. Plus tard, des parésies flasques s'installent, souvent unilatérales avec atrophie musculaire et diminution des réflexes tendineux, plantaire en flexion. Les troubles sensitifs sont de règle, surtout anesthésie en selle ;

une forme lombaire, sans atteinte lombo-sacrée, dont les auteurs apportent une observation personnelle ;

une forme dorsale, un peu discutable, dont les auteurs donnent aussi une observation personnelle ;

des formes cervicales bien connues évoluant en deux phases, douloureuse ou radiculaire, puis atropho-paralytique ou médullaire réalisant habituellement le type Aran-Duchenne : les auteurs en détaillent la sémiologie précisant que la thermo-analgésie est ici légère, transitoire et non localisée aux membres supérieurs, ce qui la distingue de celle de la syringomyélie.

On décrit une forme cervicale supérieure avec quadriplégie et une forme cérébrale ; quadriplégie accompagnée de symptômes cérébelleux et d'hypertension intracrânienne.

Dans le liquide rachidien, on peut trouver un syndrome de Froin complet ; l'étude de la pression avec manœuvre de Queckenstedt est fort utile. L'hyperalbuminose est toujours considérable et la réaction cellulaire presque constante. Le Bordet-Wassermann est à peu près toujours positif ; mais il n'a de valeur que dans les liquides clairs ne coagulant pas, dans les autres cas, il n'est spécifique que s'il se retrouve à la deuxième ponction. Le liquide sus-lésionnel retiré par ponction haute contient des lymphocytes et a un Bordet-Wassermann positif.

L'injection de lipiodol montre généralement un *accrochage* du lipiodol qui ne se mobilisera plus qu'après la guérison anatomique des lésions, appréciable par la « disparition du chapelet ».

D'autres fois il existe un bloquage sous-arachnoïdien complet, que le traitement transformera en simple « accrochage » en chapelet.

Le diagnostic se base sur la lymphocytose tout à fait rare dans les néoplasmes, le Bordet-Wassermann, l'épreuve du lipiodol.

Le pronostic est très variable suivant l'ancienneté des lésions.

Le traitement sera celui de toute syphilis médullaire, mercure, bismuth, novarsénobenzol, de préférence petites doses bi- ou tri-hebdomadaires.

A. BOCAGE.

Bulletin Médical (Paris).

Du pansement insuliné-sucré dans le traitement des plaies atones et des ulcères, par Jacques LOUVEL. *Bulletin Médical*, 44e année, no 10, 1er mars 1930, p. 166.

L. depuis quatre ans a employé le mélange à égales proportions de poudre d'insuline et de poudre de sucre en couche très légère et très

fine sous pansement sec quotidien après nettoyage de la plaie au sérum physiologique, avec d'heureux résultats. On peut en effet, considérer certaines plaies, surtout certains ulcères, comme de véritables tissus isolés du reste de l'organisme.

Provoquer une suractivité du métabolisme local n'est logique que si le tissu dispose de ressources suffisantes. Aussi l'adjonction à l'insuline de sa substance nutritive corollaire : le sucre, a donné des résultats réels bien qu'un peu paradoxaux quand on songe que l'imprégnation sucrée est considérée comme responsable de la pérennité de certains ulcères.

H. Rabeau.

A propos des formules antiprurigineuses, par Carle (de Lyon). *Bulletin Médical*, 44e année, n° 12, 15 mars 1930, p 193.

« Il est des morts qu'il faut qu'on tue. Le menthol considéré comme antiprurigineux appartient à cette classe de cadavres récalcitrants ». Malgré toutes les attaques dont il fut l'objet le menthol continue d'être indiqué comme antiprurigineux, soit en lotion, soit en pommade. Or, non seulement il n'est d'aucune action sur le prurit, mais dans certains cas aggrave considérablement les lésions. C. demande qu'il soit au moins maintenant supprimé de ces formules destinées au praticien, qui peut, de ce fait, croire encore à son action.

H. Rabeau.

Paris Médical

Le rôle de la syphilis dans les atrophies cutanées, par Hudelo et Rabut. *Paris Médical*, 20e année, n° 9, 1er mars 1930, pp. 202-207.

Rappelant qu'il n'existe pas d'atrophie cutanée idiopathique, les auteurs montrent le rôle considérable de la syphilis à l'origine des atrophies cutanées.

Les unes sont simplement des cicatrices atrophiques, de chancres, d'ulcérations secondaires, de lésions tertiaires ou même apparaissent sans ulcération préalable : elles succèdent surtout à des syphilides papuleuses, généralement tenaces, récidivantes et très vasculaires ; les syphilides tertiaires ne donnent qu'exceptionnellement l'atrophie simple sans cicatrice scléreuse.

Les causes paraissent en être les éruptions tenaces récidivantes, très congestives, et peut-être une tendance naturelle de la peau de certains sujets à l'atrophie.

D'autres atrophies syphilitiques ne succèdent pas aux lésions spécifiques classiques : atrophies maculeuses, anétodermie de Jadassohn, atrophie blanche des variqueux, etc. Souvent un stade érythémateux, inflammatoire, a précédé l'atrophie.

Les auteurs terminent en passant en revue les observations récemment publiées d'atrophie cutanée qu'il est possible d'attribuer à la syphilis.

A. Bocage.

Diagnostic de la syphilis par la ponction des ganglions et la recherche du tréponème dans le suc ganglionnaire, par GOUGEROT et Paul BLUM. *Paris Médical*, 20e année, 1er mars 1930, pp. 207-209.

Historique et technique de cette méthode avec trois observations personnelles.

A. BOCAGE.

Syphilis hématogène et loi de Colles, par E. LÉVY-SOLAL, A. TZANCK et R. WERTH. *Paris Médical*, 20e année, no 9, 1er mars 1930, pp. 209-210

Les auteurs rappellent que dans la règle la femme contracte la syphilis de son conjoint et la transmet à l'enfant par voie transplacentaire ; l'immunité apparente de la mère traduit alors une syphilis banale dont la phase initiale a été discrète ou méconnue : elle peut être confirmée par l'apparition ultérieure de quelque signe clinique ou sérologique. Pourtant l'infection de la mère semble n'être pas absolument constante.

Les auteurs apportent une nouvelle observation de ces faits très rares de femme contractant la syphilis après avoir mis au monde des hérédos indiscutables.

Une femme qui avait déjà eu 3 enfants normaux, remariée depuis à un ancien syphilitique traité, eut deux fausses couches en quatre ans et demi, et fit une syphilis secondaire à la suite d'une transfusion du sang de son deuxième mari.

Les auteurs concluent que, en présence d'une femme ayant fait des fausses couches, par syphilis du mari, s'il n'est pas prouvé qu'elle soit elle-même contaminée, il faut d'une part lui faire du traitement spécifique, mais d'autre part ne jamais l'exposer à une infection syphilitique nouvelle : c'est la conduite qui, dans le doute, lui fait courir le moins de risques.

A. BOCAGE.

Les données actuelles du traitement de la syphilis, par G. MILIAN. *Paris Médical*, 20e année, no 9, 1er mars 1930, pp. 211-217.

Après avoir signalé le désordre qui règne dans la thérapeutique actuelle de la syphilis, l'auteur rappelle les déceptions que donnait autrefois la thérapeutique mercurielle et l'impression formidable que firent les premières applications 606. Et chemin faisant, il exprime cette idée qu'un emploi mal réglé des arsenicaux menace d'aboutir aux mêmes échecs qu'avec la vieille thérapeutique mercurielle, en raison de l'adaptation progressive du tréponème. Un fait analogue a été démontré pour la spirillose de la souris, dont le germe peut acquérir une résistance héréditaire à l'atoxyl, quand le traitement initial a été trop faible.

D'où la nécessité pratique d'attaquer le tréponème avec tous les médicaments qui lui sont nocifs, à doses fortes et répétées. L'auteur préfère les cures successives qui permettent de mieux se rendre compte de l'effet de chacun des médicaments ; ces cures doivent se succéder sans interruption pendant 6-8 mois.

Alors que les doses de Hg et de Bi ne peuvent être très augmentées

sans risque, celles de novarsénobenzol et d'iodure peuvent être très élevées.

Il cite toute une série de faits montrant la faible toxicité du novar à dose très forte, alors qu'*à priori* il semblait mal toléré à petite dose.

Il insiste beaucoup sur l'activation possible de la syphilis par le traitement en particulier sur l'éveil de fièvre syphilitique. La prolongation du traitement, l'augmentation des doses, ou le remplacement par un autre du médicament trop peu actif, assurent la guérison. Une série d'exemples illustrent clairement les conceptions de l'auteur sur ce point, et comment il distingue les accidents proprement toxiques et ceux par réactivation de la syphilis.

Il termine en insistant sur la nécessité de chercher dans chaque cas le médicament le plus actif, et de toujours employer des doses fortes régulièrement répétées. A. BOCAGE.

Traitement des grands épithéliomas cutanés de la face après échec de méthodes radiothérapiques, par L. BÉRARD et J. CREYSSEL. *Paris Médical*, 20e année, no 11, 15 mars 1930, pp. 237-243, 9 fig.

Après avoir signalé les inconvénients de certaines méthodes, en particulier de la rœntgenthérapie non filtrée massive dans les régions où les parties molles sont minces, les auteurs montrent l'intérêt des méthodes combinées chirurgicales et radiothérapiques dans certains cas : quatre observations typiques avec photographies en précisent les résultats. Parfois le radium pourra être employé seul, comme dans une observation résumée dans l'article ; le fait est rare. A. BOCAGE.

Sur un nouveau traitement du lupus érythémateux, par H. BORDIER. *Paris Médical*, 20e année, no 12, 22 mars 1930, pp. 272-273, 2 fig.

A l'aide d'électrodes à vide ou à filigrane métallique *à cupule*, montées sur manche à intensité réglable, on sait qu'on peut faire pénétrer des médicaments dans la peau par effluvation de haute fréquence. L'auteur a traité avec succès plusieurs lupus érythémateux par le tartro-bismuthate de sodium. A. BOCAGE.

Presse Médicale (Paris).

A propos de 12 cas de charbon humain ; considérations cliniques et thérapeutiques, par J. GATÉ, C. CHARLINE et P. GAY. *Presse Médicale*, 38e année, no 19, 5 mars 1930, p. 316.

Les auteurs ont eu à traiter une petite épidémie de 9 cas de charbon. Ils ont utilisé la sérothérapie précoce par voie intramusculaire ou sous-cutanée, et tous leurs malades ont guéri. Ils pensent que la sérothérapie reste la méthode de choix, alors qu'à l'étranger la thérapeutique anticharbonneuse s'oriente plutôt dans le sens de la chimiothérapie. Leurs malades ont guéri sans traitement local, la dose utilisée était en moyenne de 40 centimètres cubes chaque jour pour la dose totale de 300 à 400 centimètres subes. Le total de leurs observations est de 12, avec un

seul cas mortel, chez un sujet jeune, mort le 4e jour, avec sorte de collapsus. Ils font remarquer que la sérosité des vésicules entourant la plaque sphacélique ne contenait la bactéridie charbonneuse que de façon inconstante. H. Rabeau.

La vaccination locale par la porte d'entrée ; son application au traitement des salpingites, par A. Basset et P. Poincerou. *Presse Médicale*, 38e année, no 24, 22 mars 1930, p. 401.

Nous avons relaté ici en quoi consiste la méthode, elle a été appliquée au traitement de 43 femmes atteintes de salpingites aiguës ou subaiguës avec des résultats parfois saisissants, très bons ou bons la plupart du temps. C'est l'urètre qui est le plus souvent la porte d'entrée ; la vaccination consiste à injecter du vaccin gonococcique (Institut Pasteur) dans les parois de l'urètre en se guidant sur le relief que font les glandes de Skène en dessous du méat. Les injections seront répétées au moment où l'amélioration obtenue grâce à la séance de traitement précédente tend vers zéro. La vaccination doit être poursuivie jusqu'à annulation ou très sensible diminution des réactions engendrées par des doses assez importantes de vaccin. H. Rabeau.

Les accidents nerveux dans la maladie de Steinberg, par H. Schæffer et A. Horowitz. *Presse Médicale*, 38e année, no 24, 22 mars 1930, p. 403.

A propos de deux observations de paraplégie par localisation méningée au cours de la maladie de Hodgkin, publiées à la Société médicale des Hôpitaux par MM. Cain, Rachet et Horowitz (analysées dans ces *Annales*), les auteurs font une belle étude d'ensemble sur le tableau clinique, les lésions anatomiques, et le mécanisme des accidents nerveux de cette maladie d'étiologie inconnue fondée uniquement sur une base anatomo-pathologique. L'an passé déjà, le professeur Favre (de Lyon), qui depuis de nombreuses années poursuit d'actives recherches sur cette maladie avait inspiré à Cimon Eugénis une longue thèse sur les manifestations cérébro-médullaires de l'adénie éosinophilique prurigène (maladie de Paltauf-Sternberg). H. Rabeau.

La Semaine Médicale des Hôpitaux (Paris).

Le traitement des collections purulentes par la protéinothérapie locale, par Sézary et Duroy. *La Semaine Médicale des Hôpitaux*, 6e année, no 5, 15 mars 1930, p. 127.

Les auteurs ont utilisé cette méthode dans 65 cas de bartholinites, bubons chancrelleux, hidrosadénites, abcès chauds divers. Ils emploient la peptone de Witte, sous la forme d'eau peptonée à 10 o/o, pour les collections fermées, de crème peptonée à la même concentration pour les collections ouvertes. Les collections purulentes sont ponctionnées et on injecte l'eau peptonée sans jamais dépasser 6 centimètres cubes. Les injections sont faites chaque 2 jours ; 2 à 4 injections suffisent, il n'y a jamais de réaction générale, les réactions locales sont

rares. Duruy dans sa thèse relate seulement 7 insuccès sur 63 cas traités D'ordinaire la guérison est rapide, les résultats esthétiques parfaits.

H. Rabeau.

Prurit et syphilis, par S Schulmann. *La Semaine Médicale des Hôpitaux*, 6e année, no 5, 15 mars 1930, p. 142.

Le prurit était considéré autrefois comme un signe distinctif entre la vérole et les autres dermatoses. En réalité, ainsi que le montre S., les rapports entre l'infection syphilitique et le prurit sont fort complexes. Si, dit-il, le prurit tabétique est une réalité clinique, si l'origine hérédo-spécifique de nombre de prurigos de Hebra est une probabilité, le prurit au cours des lésions éruptives de la vérole doit surtout être rapporté à l'état psychique des malades ou à la qualité objective des lésions. Le bromure de sodium ou de strontium par voie intraveineuse, permettra de lutter contre le prurit en agissant comme sédatif et désensibilisant.

H. Rabeau.

Comptes rendus de la Société de Biologie (Paris).

L'exposant hydrogène et la floculation des sérums normaux et syphilitiques par quelques acides minéraux, par R. Dovris. Ch. Mondain et J. Beck. *C. R. Société Biologie*, t. CIII, no 10, 14 mars 1930, pp. 757-759, 2 tableaux

Rappelant leurs expériences avec l'acide acétique, les auteurs apportent de nouveaux résultats avec l'acide chlorhydrique, l'acide sulfurique et l'acide azotique. Ces acides minéraux forts aux concentrations élevées modifient la molécule albuminoïde et la solubilisent. Il existe une floculation plus forte des sérums syphilitiques pour certaines concentrations (N/50 pour l'HCl) ; le phénomène est cependant moins net qu'avec l'acide acétique. Il n'y a pas de différences notables dans la concentration des ions H.

A. Bocage.

Présence de cellules dyskératosiques abondantes dans des mamelons féminins normaux, par G. Massia et J. Rousset. *C. R. Société Biologie*, t. CIII, no 10, 14 mars 1930, pp. 789-790.

Les canaux galactophores en se groupant vers la peau s'abouchent dans des canaux plus larges dont le revêtement n'est plus un épithélium cylindrique, mais un épithélium pavimenteux stratifié, à base bourrée de pigments, et avec filaments d'union entre les cellules. Dans ce revêtement de type cutané, les cellules dyskératosiques abondent ; on en retrouve dans le canal d'excrétion des glandes sébacées qui sont nombreuses à la base du mamelon.

Les cellules dyskératosiques sont particulièrement abondantes chez les femmes âgées, surtout chez celles qui ont eu des enfants et ont allaité. Il y a là un fait intéressant pour expliquer l'aspect histologique particulier de la maladie de Paget du sein.

A. Bocage.

Sensibilisation au cyanure de mercure (urticaire) ; transmission de cet état au cobaye, par H. Thiers et P. Croizat. *C. R. Société Biologie*, t. CIII, n° 10, 14 mars 1930, pp. 794-795.

Tabétique qui à sa deuxième série de cyanure de mercure fait une poussée d'urticaire des membres qui débute 3 minutes après l'injection, et persiste jusqu'au soir. Deux centimètres cubes du sérum du malade prélevé en pleine poussée sont injectés dans le cœur du cobaye, et 20 minutes plus tard, un centimètre cube d'une solution de cyanure à 1/2500ᵉ. Alors que les témoins n'ont pas d'accidents avec le sérum seul ou le cyanure seul, le cobaye qui a reçu les deux injections a 5 minutes plus tard du prurit, de la dyspnée et une vive agitation. L'auscultation indique un œdème pulmonaire. On le sacrifie au bout de 25 minutes et on constate la turgescence des poumons qui, histologiquement, présentent des îlots disséminés d'exsudats liquides, surtout intcralvéolaires ; pas de thromboses vasculaires.

A. Bocage.

Sur le pH sanguin chez les porteurs d'épithéliomas basocellulaires, par D. Jaumain. *C. R. Société Biologie*, t. CIII, n° 11, 21 mars 1930, pp. 947-950.

Pour vérifier la théorie de Reding et Slosse qui pensent que l'alcalose du plasma constatée chez les cancéreux précède la cancérisation et la conditionne, l'auteur a vérifié la valeur du *p*H chez 13 malades atteints de petits épithéliomas cutanés baso-cellulaires. Dans deux cas seulement, le chiffre obtenu dépassait 7,40, limite supérieure du *p*H normal. De même un cancer utérin au début avait un *p*H à 7,38.

Dans ces conditions, l'auteur pense que l'alcalose des cancéreux est plus probablement une conséquence de l'évolution de la tumeur, et il ne croit pas permis d'étayer un diagnostic de cancer ou de précancer sur les résultats de la détermination du *p*H sanguin.

A. Bocage.

Bulletins et Mémoires de la Société de médecine de Paris.

Quelques cas de syphilis sans chancre, par P. Renault. *Bulletins et Mémoires de la Société de médecine de Paris*, n° 5, 7 mars 1930, p. 138.

Trois observations de malades qui ayant eu des contacts avec des partenaires porteurs d'accidents contagieux, ont été suivis pendant plus de 3 mois et ont présenté des accidents secondaires sans que l'auteur ait pu noter la porte d'entrée. Malade de l'observation I, Wassermann positif seulement au 112ᵉ jour ; malade de l'observation II, Wassermann positif quelques jours avant l'apparition d'une roséole ; malade de l'observation III, 4 mois après la contamination, méningite aiguë syphilitique.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris.

Plaques érysipélatoïdes au cours d'une septicémie streptococcique, par Ch. Aubertin et J. Fleury. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 3e série, 46e année, no 11, 31 mars 1930, p. 468.

Des éruptions de divers types peuvent apparaître au cours de septicémies streptococciques, les unes sont purpuriques, d'autres vésiculeuses, ou papuleuses, parfois ulcéreuses et phagédéniques. Les manifestations survenant sous forme de larges placards rappelant l'érysipèle sont plus rares. L'observation de A. et F. est de ce type ; l'éruption rappelle par bien des aspects l'érysipèle vrai et constitue une véritable localisation dermique de l'infection streptococcique.

L'existence de ces placards érysipélatoïdes sans porte d'entrée cutanée au cours d'une septicémie à streptocoques permet de poser la question de l'origine sanguine de certains érysipèles.

H. Rabeau.

Une nouvelle observation de tuberculose cutanée primitive, par L. Bernard, M. Lamy et Mlle Gauthier-Villars. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris,* 3e série, 46e année, no 11, 31 mars 1930, p. 494, 1 fig.

Il s'agit d'une enfant de 4 mois dont la mère bien portante pendant sa grossesse a commencé à tousser 3 semaines après l'accouchement ; examinée peu après, on constate une tuberculose ulcéro-caséeuse du poumon gauche. L'enfant est alors séparée de sa mère, mais elle présente déjà une petite ulcération de la joue gauche. Cette ulcération vue 40 jours après, par les auteurs, est un ulcère assez profond avec légère infiltration dermique et adénopathie sous-mentale dure du volume d'une noisette. Une cuti faite ce jour est positive. Dix jours après l'enfant succombait à une généralisation tuberculeuse.

H. Rabeau.

Gangrène bilatérale des orteils chez un hérédo-syphilitique. Action remarquable du traitement spécifique, par A. Sézary et Hufnagel *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris,* 3e série, 46e année, no 10, 24 mars 1930, p. 433.

Observation d'un jeune homme, russe, qui sans cause appréciable fut atteint de gangrène bilatérale des orteils par artérite. L'hypothèse d'artérite infectieuse étant éliminée, on pouvait envisager l'idée d'athérome précoce, de maladie de Buerger, d'artérite syphilitique. La constatation de dents d'Hutchinson fit suspecter l'origine hérédo-syphilitique et instituer un traitement spécifique. Ce traitement a considérablement amélioré le malade. 3 sur 4 des ulcérations ont cicatrisé, la circulation sanguine a été rétablie. Les auteurs concluent que chez un sujet atteint d'artérite des membres, la moindre suspicion de syphilis héré-

ditaire doit imposer un traitement spécifique intensif et prolongé. De même, ils estiment que les données histologiques des cas de maladie de Buerger étudiés à leur début ne sont pas incompatibles avec l'hypothèse de leur nature syphilitique. Ils demandent que cette étiologie soit toujours recherchée avec grand soin et qu'un traitement antisyphilitique intensif systématique soit tenté. H. Rabeau.

Syndrome tardif de sclérodermie avec cataracte associé à des troubles endocriniens, par A. Sézary, Favory et Mamou. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, n° 9, 7 mars 1930, p. 358.

L'association de sclérodermie et de cataracte constitue un syndrome assez rarement observé ; il s'agit habituellement de sujets jeunes. Ici au contraire, la malade était une femme de 67 ans et on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas d'une banale cataracte sénile. L'examen à la lampe à fente, montra la limitation des opacités aux segments antérieur et postérieur, avec intégrité des noyaux centraux, établissant nettement la commune origine endocrinienne de la cataracte et de la sclérodermie, individualisant une forme tardive de ce syndrome.

H. Rabeau.

Ulcérations phagédéniques de la peau et endocardite végétante, par G. Milian, Nativelle et Caroli. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, n° 8, 10 mars 1930, p. 318.

Voici rapidement résumée cette très intéressante observation, d'un jeune homme adressé à Milian pour de multiples et vastes ulcérations cutanées, dont la profondeur, la forme circulaire ou polycyclique faisaient penser à des ulcérations syphilitiques. Elles rappelaient les ulcérations de la syphilis maligne précoce, habituellement consécutives à une bulle sur laquelle la peau s'ulcère. Le malade a présenté d'ailleurs sur les bords de l'ulcération préexistante des bulles analogues à celles de l'impétigo ou de petits infiltrats rosés, œdémateux, point de départ des ulcérations. Une double lésion aortique apportait un élément de plus en faveur de la syphilis. La négativité de la réaction de Bordet-Wassermann, à plusieurs reprises, celle du traitement d'épreuve, l'examen histologique et l'histoire de la maladie firent écarter la syphilis. — L'histoire du début de la maladie orienta vers une étiologie infectieuse ; le streptocoque fut retrouvé à l'examen direct et en culture. Il s'agissait d'ulcérations phagédéniques à début bulleux de nature streptococcique probable. L'évolution montra que ces lésions cutanées étaient une complication d'une maladie générale fébrile, une endocardite maligne ; fièvre rémittente quotidienne, grosse rate, anémie marquée. L'autopsie confirme le diagnostic. Les auteurs n'ont pas relevé dans la littérature de faits comparables. Faut-il invoquer une particulière virulence du streptocoque ; y avait-il association, en particulier, le bacille de la gangrène cutanée était-il en cause ?

H. Rabeau.

Varicelle et zona, par F. Masselot (Tunis). *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, n° 7, 3 mars 1930, p. 294.

Observation intéressante d'une malade qui ayant présenté un syndrome lymphadénique du médiastin rapidement jugulé par la radiothérapie, fait une éruption de varicelle au déclin d'un zona intercostal extrêmement intense. Les croûtes de varicelle n'étaient pas tombées qu'apparaît un deuxième zona suivi de plusieurs éruptions zostériformes qui se sont succédé jusqu'à la mort de la malade due à un granulie pulmonaire. H. Rabeau.

Journal de Médecine de Lyon.

La kératite hérédo-syphilitique et sa vascularisation persistante, par E. Rollet *Journal de Médecine de Lyon*, n° 245, 20 mars 1930, p. 171.

La kératite interstitielle, dans sa forme typique, relève de l'hérédo-syphilis. D'après la statistique de l'auteur, elle atteint surtout les grands enfants au seuil de l'adolescence (69 o/o) et les filles (70 o/o).

R. a observé la kératite avec otolabyrinthite, 30 o/o ; ostéopériostite, 29 o/o ; dents vraies d'Hutchinson, 33 o/o ; synovite, 51 o/o ; Wassermann positif, 88 o/o.

Les malades atteints de kératite interstitielle et des manifestations morbides précitées, ne sont pas des dystrophiques, ce sont des syphilitiques. Dans la généralité des cas, les sujets ont un développement physique normal, souvent à aspect solide, et les caractères du dystrophique, rabougri, atteint d'infantilisme, sont dus à des troubles endocriniens surajoutés.

La kératite interstitielle cliniquement consiste en un processus inflammatoire, non modifié par la médication antisyphilitique.

Chez 96 o/o des malades atteints anciennement de kératite hérédo-syphilitique, R. a noté 6 ans, 21 ans, 51 ans après, c'est-à-dire d'une façon permanente, des vaisseaux dans la couche la plus profonde du stroma cornéen.

Ces séquelles vasculaires indélébiles d'hérédo-syphilis tardive ont une très grande valeur pour assurer un diagnostic hésitant et pour établir une thérapeutique contre une tréponémose ancienne et non encore éteinte. Jean Lacassagne.

Lyon Médical.

Association d'érythème noueux et d'érythème polymorphe chez un rhumatisant. Biopsie, par Delore. *Lyon Médical*, t. CXLV, n° 9, 2 mars 1930, p. 279.

La coexistence des deux types d'érythème montre que la barrière que certains ont voulu mettre entre eux, est assez artificielle.

L'analyse histologique met surtout en évidence la présence de cellules géantes qui, bien entendu, n'implique pas la nature tuberculeuse des lésions. JEAN LACASSAGNE.

Herpès iris de Bateman à localisation atypique. Hydroa buccal intense, par GATÉ et GIRAUD *Lyon Médical*, t. CXLV, n° 11, 16 mars 1930, p. 353.

Il s'agit d'un cas intéressant par l'intensité de l'hydroa qui tapissait toute la muqueuse buccale et une partie du pharynx. En outre, éruption d'érythème polymorphe siégeant à la face antérieure des poignets et à la paume des mains. Un premier médecin consulté avait pensé à la syphilis. JEAN LACASSAGNE.

Deux cas d'urticaire provoqués par des doses minimes de quinine, par J. AUDRY. *Lyon Médical*, 62e année, t. CXLV, n° 12, 23 mars 1930, p. 377.

Dans la première observation, il s'agit d'une dame qui eut une poussée d'urticaire après l'absorption d'une cuillerée à soupe d'une solution d'extrait de quinquina.

Cette même personne ne pouvait absorber la moindre dose de quinine sans présenter de l'urticaire accompagnée de vomissements.

Dans la seconde observation, jeune fille présentant de l'intolérance aux doses les plus légères de quinine : urticaire et phénomènes d'intoxication. JEAN LACASSAGNE.

Association de sclérodactylie progressive et de sclérodermie en petites plaques non évolutive du thorax. Hypercalcémie, par GATÉ, GIRAUD et LINARD. *Lyon Médical*, 62e année, t. CXLV, n° 13, 30 mars 1930, p. 421.

Intéressante observation où l'on trouve la plupart des facteurs invoqués pour expliquer l'apparition de la sclérodermie.

JEAN LACASSAGNE.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Influence de la syphilis congénitale sur la grossesse, l'accouchement, les suites de couche, etc (Der Einfluss der Kongenitalen Syphilis auf Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, und Nachkommenschaft), par H. BOAS et T. SODEMANN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVIII, f. 1/2, mars 1930, p. 1.

Les auteurs se sont proposé de contrôler les recherches de Fruhinsolz et Abromovitz, d'après lesquelles la syphilis congénitale exercerait une influence pernicieuse sur la grossesse, l'accouchement, les suites de couches. De leurs observations, ils concluent que, d'après 39 mères, qui toutes présentaient des signes certains d'hérédo-syphilis, la grossesse et les suites de couches ne diffèrent pas dans ce cas-là de ce qu'elles sont chez les femmes saines. Tout au plus, peut-on noter une fréquence un peu plus grande de la néphrite gravidique. Il s'agit, bien entendu, de femmes n'ayant point présenté de récidives, et en très bon état. 41 enfants nés de ces femmes restaient indemnes de toute

manifestation clinique, sérologique ou nécropsique. Il y eut 2 avortements, et 13 autres enfants ne purent être retrouvés.

Ces chiffres sont d'ailleurs trop peu élevés pour être décisifs.

Ch. Audry.

Sur l'empoisonnement par le thallium (Zur Frage der Thalliumvergiftung), par G. Stümpke. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVIII, f. 1/2, mars 1930, p. 10.

Il s'agit des empoisonnements volontaires (ou criminels) réalisés au moyen de « mort aux rats », c'est-à-dire de préparations de sulfate de thallium, en grains ou en pâtes, destinées à l'extermination de ces animaux. Le sulfate de thallium, au moins dans ces spécialités « Zelis » paraît sensiblement plus toxique que l'acétate de thallium usité en thérapeutique des teignes. Les symptômes varient suivant les doses de poison : douleurs dans le ventre, les membres, les jointures ; anorexie, insomnie, névralgies, polynévrites, paralysie sphinctérienne, névralgies, etc. Puis, tachycardie, troubles rénaux et intestinaux, coliques, constipation, enfin manifestations cutanées. Dans le cas de S., il s'agit d'un garçon de 14 ans qui 15-17 jours après une tentative de suicide par le sulfate de thallium en grains présentait une alopécie totale du cuir chevelu et des cils, les poils des aisselles et du pubis étant respectés. Repousse en 2 mois (ultra-violets). Ch. Audry.

Forme et cause de l'hyperpigmentation de la face dite chloasma utérin (Formen und Ursachen der als chloasma uterinum benannten Hyperpigmentation des Gesichts), par J. Seller. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVIII, mars 1930, f. 1/2, p. 17, 4 fig.

Parmi les troubles pigmentaires d'origine utérine et analogues à ceux de la grossesse, il existe des variétés. S. distingue 3 formes cliniques, habituellement symétriques : une forme ponctuée, souvent sur peau séborrhéique, à distinguer des éphélides, se produisant chez des jeunes filles de 20-21 ans et probablement d'origine photo-sensible, — une forme en double croix (front, nez, joue, menton), — une forme où cette coloration s'étend vers les tempes et les paupières, — une forme qui occupe le menton, les zones malaires et massétérines.

Pour les trois dernières variétés, S. admet qu'il s'agit de troubles pigmentaires influencés par les fibres sympathiques du trijumeau, ces fibres étant elles-mêmes influencées par une dysharmonie endocrinienne ovarienne et thyroïdienne, ou ovarienne et hypophysaire. Peut-être aussi certains états hypercholestérinémiques favorisent-ils ces chloasma.

Ch. Audry.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur l'histopathologie du bubon climatique (Ueber die Histopathologie der Klimatischen Bubonen), par R. Hœppli. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 9, 1er mars 1930, p. 305, 5 fig.

H. a examiné 36 pièces de cette maladie : petits abcès, petites nécroses, réticulum épaissi, transformation rapide du tissu de granulation en tissu conjonctif, dégénérescence des parois vasculaires, cellules éosinophiles, cellules géantes, remplacement des lymphocytes par de grosses cellules d'origines variées et par des plasmazellen : telles sont les lésions que H. a notées après tous les observateurs qui ont étudié la lymphogranulomatose inguinale. Sans doute, ce ne sont pas là des altérations tout à fait spécifiques ; mais cependant leur ensemble est très suffisant pour qu'on puisse le considérer comme réellement caractéristique de la maladie.

Ch. Audry.

Sur la gale abortive (Ueber abortive Skabies, par R. Kulisch *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 9, 1er mars 1930, p. 315.

Chez un homme de 70 ans, qui présentait depuis 5 à 6 semaines du prurit sur le côté cubital de la main droite, K. a constaté un sillon, un acare des œufs. Tout le reste est sain. Le sillon mesurait 0,05 de longueur. Hebra en a vu un de 0,10. L'acare était bien un sarcopte humain. Pick avait signalé ces faits.

Ch. Audry.

Deux cas d'accidents graves par la trypaflavine (Ueber zwei schwere Unfälle mit Trypaflavin), par W. Treuerz. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 9, 1er mars 1930, p. 317.

Dans 2 cas successifs (5 centimètres cubes de tripaflavine à 0,5 o/o), nausées, vertiges, anxiété précordiale. Chez le second malade, T. voulut faire une nouvelle tentative, et cette fois, le malade tomba dans un collapsus grave, état syncopal, apnée, etc. La crise dura 5 heures et fut très alarmante et nécessita un traitement actif.

Ch. Audry.

Sur les altérations mécaniques des ongles (Ueber mechanisch bedingte Nagelveränderungen), par Herxheimer et Uhlmann. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 10. 8 mars 1930. p. 333, 4 fig.

Chez un psoriasique, les auteurs ont constaté des altérations portant sur l'ongle, aux pouces, aux index, aux médius et aux annulaires et consistant en une dépression cupuliforme, plus accentuée dans le sens transversal. Les ongles des pieds sont intacts. Les auteurs attribuent cette déformation onguéale à la pression constante que subissent les doigts atteints : le malade transporte des sacs de charbon, qu'il retient sur l'épaule. Il en résulte une pression double s'exerçant à l'extrémité de l'ongle et au niveau de la lunule. Avec le repos, les déformations disparurent. Même constatation chez un deuxième individu de même profession. Cette altération est comparable à la koilonychie de Heller, mais est d'origine traumatique. A rapprocher de l'onychogryphose du gros orteil déterminée par les chaussures trop étroites.

L. Chatellier.

Maladie du sérum et traitement sérique dans l'érysipéloïde (Serumkrankheit und Rotlaufimmunbehandlung beim Erysipeloid), par F. Callomon. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 11, 15 mars 1930, p. 361.

La sérothérapie de l'érysipéloïde par le sérum de malades guéris ne provoque guère de réactions sériques. Il n'en va pas de même pour les sérums animaux, en particulier le sérum de porc. C. a constaté chez deux vétérinaires atteints d'érysipéloïde, des réactions anaphylactiques sévères consécutives aux injections sériques. L'un des vétérinaires était en contact fréquent avec le sérum des chevaux préparés ; il n'avait jamais reçu d'injection de sérum. Le maniement prolongé des sérums animaux crée donc un état de sensibilisation. Le pouvoir immunisant se conserve plusieurs mois chez le porc ; il est plus fugace chez l'homme, chez qui on a observé des réinfections au bout d'un an.

L. Chatellier.

Sur l'angiokératome nœviforme (nœvus angiokératosique) (Weiterer Beitrag zur Klinik des Angiokeratoma nœviforme Nœvus angiokeratosus), par J. Fabry. *Dermatologische Wochenhscrift*, t. XC, n° 10, 8 mars 1930, p. 7, 1 fig.

Cette curieuse lésion a été signalée par Jahrisch. F. en figure un nouveau cas, intéressant par sa systématisation unilatérale, en un placard, étendu obliquement sur la face externe de la région sous-trochantérienne gauche. F. ajoute encore quelques notions sur les cas qui ont été publiés d'angiokératose généralisée ; il a lui-même publié un cas dont le porteur est mort de tuberculose pulmonaire.

Ch. Audry.

Sur la pathologie et la thérapeutique de la microsporie humaine (Beiträge zu der Pathologie und Therapie der humanen Mikrosporie), par E. Neuber. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 11, 15 mars 1930, p. 366.

Une fille de 21 ans, chlorotique, rachitique, infantile, non encore réglée, sans poils, présente une microsporie typique du cuir chevelu, en même temps que de l'acné, du prurit, du dermographisme, etc. Un traitement par les extraits ovariens amène en 8 semaines une transformation totale, et une guérison complète de la microsporie sans aucun traitement local.

Ce fait se rapproche étroitement de ce que l'on sait bien depuis longtemps : que la microsporie guérit spontanément à la puberté, et met en évidence l'influence des hormones ovariennes sur la nutrition du cuir chevelu, et la résistance de celui-ci au microsporon.

Ch. Audry.

Observations de maladies génitales non vénériennes (Kasuistiche Beiträge zur Kenntnis der nicht venerischen Genitalerkrankungen), par V Berde. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 11, 15 mars 1930, p. 370, 6 fig.

Observation de : sclérodermie du prépuce et du pli inguinal gauche,

— d'une lymphangiectasie du pénis chez un homme qui avait subi l'extirpation des ganglions de l'aine gauche, — d'un carcinome pénien (fibro-épithéliome, angiomatose) (ce cas répond exactement à ce que nous considérons comme des végétations, des crêtes de coq malignes, N. d. T.), — d'une déchirure pénienne pendant le coït.

Ch. Audry.

Sur la syphilis congénitale de 2e génération (Beitrag zur Kenntnis der Lues congenita in zweiter Generation), par A. Tryb. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 11, 15 mars 1930, p. 378.

Une observation typique avec les trois générations.

Ch. Audry.

Un cas de pseudosyphilome anorectal d'origine mycosique (Cladiose) (Ein Fall von Pseudosyphiloma anorectale mykotischer Ætiologie (Kladiosis), par L. Fleck. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 11, 15 mars 1930, p. 379, 3 fig.

Femme de 26 ans, sans accidents spécifiques connus et avec sérologie négative ; elle présente tous les signes d'une fausse syphilis ulcéreuse ano-rectale : ulcérations, nodules. Les recherches de laboratoire ne découvrent pas plus de tuberculose que de syphilis. La culture du pus des abcès donne un champignon qui est identifié comme *mastigocladium* de Bloch, tel qu'il a été défini par Matruchot (scopulariopsis de Vuillemin), c'est une cladiose. Il existe un certain nombre de cas de ce genre, très rares, et cette localisation était inconnue. Dans ce cas, il n'existait aucune trace de lésions ganglionnaires.

Ch. Audry.

La deuxième ordonnance sur l'extension de l'assurance contre les affections professionnelles dans ses rapports avec la dermatologie (Die zweite Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten in ihrer Bedeutung fur die Dermatologie), par Chajes. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 12, 22 mars 1930, p. 408.

L'ordonnance du 12 février 1929 étend à toute une série de maladies professionnelles le bénéfice de l'assurance-accident. Il y a donc intérêt pour le médecin à connaître les professions englobées par l'ordonnance et les substances considérées comme nocives. C. les passe en revue et accompagne chaque cas prévu de commentaires utiles à lire dans le texte.

1° Dermites chroniques et récidivantes provoquées par la galvanisation. Parmi les métaux employés, on trouve l'or, l'argent, le nickel, le cuivre, le zinc, l'étain dont le nettoyage nécessite l'emploi de substances irritantes (chaux, pétroles, benzine, soude, etc.), de bains divers contenant, entre autres substances du cyanure de K, As, sulfate de Cu et de Ni, etc. Les lésions sont constituées par de l'érythème pur, papuleux des mains et de l'avant-bras, susceptible de s'infecter, et aboutissant, après récidives, à des dermites rebelles.

2° Dermites chroniques déterminées par les bois exotiques, dont le

maniement et le travail provoquent des dermites des mains, de la face (éruptions érythémateuses, bulleuses, pustuleuses) lentes à disparaître ; les malades deviennent de plus en plus sensibles après les premières atteintes.

3° Dermites par suie, paraffine, anthracène, goudron. On connaît la teneur de toutes ces substances en hydrocarbures aromatiques, phénols, en ammoniaque, aniline, etc., dont l'action irritante détermine des eczémas, des ulcérations et des épithéliomas. A ce sujet se posent des questions complexes de sensibilité et de sensibilisation, de désensibilisation et de protection. L. CHATELLIER.

Nœvus atrophiant unilatéral à comédon (Ueber nœvus atrophicans unilateralis comedonicus), par A. MATRAS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 13, 29 mars 1930 p. 433, 2 fig.

Deux observations ; dans un cas, la maladie occupe la moitié droite de la face ; dans l'autre, la région iliaque postéro-supérieure droite. Rien de nouveau. CH. AUDRY.

Diagnostic et thérapeutique de la lèpre par l'injection intraveineuse d'iodure de sodium (Zur Diagnose und Therapie der Lepra mit Berucksichtigung der intravenösen von Jodnatriumlosung), par T. AOKI et Y. AOKI. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 13, 29 mars 1930, p. 438.

Tout le monde sait que le diagnostic de la lèpre au début présente de grandes difficultés. Les auteurs énumèrent les différents procédés qui ont été indiqués pour déceler les microbes ou les faire apparaître. La ponction du testicule est un des meilleurs moyens ou l'abrasion et l'examen de la muqueuse nasale. Il y a longtemps qu'on connaît l'action provocatrice de l'iodure de potassium. On peut utiliser l'injection intraveineuse d'iodure de sodium (1 centimètre cube de solution à 5 o/o au début) qui donne souvent une réaction générale et locale, et qui de ce chef peut faciliter un diagnostic plus précoce.

CH. AUDRY.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Les altérations vasculaires de la peau consécutives à l'action prolongée des facteurs climatiques et leur signification dans certaines dermatoses (Changes in the skin-vessels from protracted action of climatic factors and their significance in various skin-diseases), par HAXTHAUSEN (de Copenhague). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, n° 497, mars 1930, p. 105.

Étude des altérations de la peau consécutives à l'action chronique du froid modéré et de la lumière. Elles consistent en un ensemble de troubles circulatoires permanents : dilatation des veinules et des capillaires et contraction des artérioles avec inaptitude à la dilatation (froid) ou aptitude exagérée à la dilatation (lumière). H. passe en revue les états pathologiques de la peau consécutifs à ces troubles circulatoires

et étudie la prédisposition des régions ainsi modifiées à localiser des infections hématogènes (tuberculose). S. FERNET.

Revue des méthodes actuelles de traitement de la lèpre (A review of the present methods of treatment in leprosy), par COCHRANE. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, n° 497, mars 1930, p. 125.

L'huile de Chaulmoogra ou huile d'Hydnocarpus est toujours le seul médicament spécifique de la lèpre. Additionnée de 4 o/o de créosote, elle donne les résultats les plus réguliers et peu de réactions. Son seul inconvénient est d'être difficile à injecter à cause de sa consistance visqueuse.

L'éther éthylique d'huile d'Hydnocarpus, additionné de créosote, n'a pas cet inconvénient ; il est doué d'une grande efficacité, mais donne de fortes réactions.

L'Alepol et les autres sels sodiques de l'acide hydnocarpique, introduits récemment dans la thérapeutique par Rogers, tendent à supplanter les autres préparations. Présentés sous forme de poudres, qui, après dissolution dans de l'eau distillée et stérilisation, sont prêtes à être employées, ils ont l'avantage de pouvoir être facilement exportés et sont d'un prix modique. Les injections d'Alepol ont l'inconvénient d'être douloureuses ; on y remédie en le dissolvant dans une solution à 0,5 o/o d'acide phénique ; on peut aussi additionner 1 o/o de Novocaïne.

L'iodure de potassium a été réintroduit dans la thérapeutique de la lèpre après avoir été considéré comme dangereux et réservé uniquement pour le diagnostic. Il paraît agir par un mécanisme de choc en provoquant des réactions assez intenses, une décharge de bacilles dans la circulation et, consécutivement, une augmentation de l'état d'allergie. Il est indiqué chez les lépreux jeunes et robustes, vivant dans de bonnes conditions d'hygiène et pouvant faire les frais d'une médication choquante. Pour atteindre le but désiré, on donne l'iodure à doses progressives allant jusqu'à 240 grains (15 gr. environ) par jour, en réglant le traitement d'après les réactions observées (fièvre, arthralgies, névralgies, céphalée, éruptions, etc.).

La médication de choc peut aussi être réalisée sous forme d'injections de lait, de T. A. B., etc. Son utilité est incontestable, mais uniquement dans des conditions bien déterminées : celles des lèpres au début ne présentant encore qu'un minimum de lésions et évoluant chez des individus robustes. S. FERNET.

The British medical Journal (Londres).

Syphilis ignorée et infection rhumatismale chez l'enfant (Undetected syphilis and rheumatic infection in childhood), par FORDYCE. *The British Medical Journal*, n° 3611, 22 mars 1930, p. 530.

F. cite neuf cas de rhumatisme articulaire aigu avec cardiopathies

chez des enfants présentant une hérédité spécifique ignorée. L'adjonction du traitement spécifique à la médication antirhumatismale a nettement favorisé la guérison. F. se demande si la syphilis héréditaire ne constitue pas un terrain favorable au rhumatisme et si elle n'est pas un facteur prédisposant aux complications cardiaques graves.

S. FERNET.

Inoculation spontanée d'un sarcome mélanique de la mère au fœtus (Spontaneous inoculation of melanotic sarcoma from mother to fœtus), par PARKES WEBER, CHWARTZ et HELLENSCHMIED. *The British Medical Journal*, n° 3611, 22 mars 1930, p. 537.

Il s'agit d'un cas unique de transmission d'un nævo-carcinome de la mère au fœtus par la voie placentaire.

La mère, âgée de 27 ans, présentait de multiples tumeurs mélaniques sur le thorax et l'abdomen alors qu'elle était enceinte de 9 mois. La présence d'une volumineuse tumeur sur le segment inférieur de l'utérus obligea à pratiquer une césarienne. Le placenta était farci de tumeurs mélaniques mais l'enfant paraissait bien constitué et ne présentait rien d'anormal à la naissance. C'est à l'âge de 8 mois qu'on constata chez lui un gros foie nettement bosselé et une grosse rate. Il mourut deux mois après. L'autopsie montra un foie volumineux contenant de multiples masses mélaniques ; la rate était hypertrophiée, mais ne contenait pas de tumeurs ; des infiltrats mélaniques existaient dans les ganglions lymphatiques de l'abdomen ; il y avait quelques nodules sous-cutanés sur le thorax et l'abdomen.

L'absence d'une tumeur primitive chez cet enfant et la présence de tumeurs multiples d'emblée dans le foie, rend indiscutable la transmission placentaire de la néoplasie. S. FERNET.

La Medicina Argentina (Buenos-Ayres).

Leucoplasie buccale (Leucoplasia buccal), par SIMON ROSNER. *La Medicina Argentina, Buenos-Ayres*, 43e année, n° 92, janvier 1930, p. 1, 10 fig. et n° 93, février 1930, p. 52.

Une bibliographie importante et l'étude de 49 malades permettent à l'auteur de discuter les notions *étiologiques, cliniques, anatomo-pathologiques* et *thérapeutiques* relatives à la leucoplasie buccale.

La syphilis constitue un des *facteurs étiologiques* les plus importants. Il serait cependant exagéré de rattacher toutes les leucoplasies à cette infection, certaines d'entre elles relèvent d'autres causes.

Le tabac peut, à lui seul, provoquer des plaques blanches. Beaucoup de fumeurs n'en ont cependant jamais. Si chacun de ces deux grands facteurs peut isolément déterminer une leucoplasie, leur association multiplie leurs effets.

Au *point de vue clinique*, la leucoplasie *revêt quatre formes* principales :

La *leucoplasie abortive* ou atténuée de Benard, la *leucoplasie simple*, la *leucoplasie verruqueuse* et les *plaques blanches des fumeurs* qui siègent aux commissures et ont une forme triangulaire à sommet antérieur. Landouzy les rattachait à la syphilis. L'auteur admet avec Fournier et Barnet qu'elles sont d'origine tabagique.

L'*anatomie pathologique* met en évidence des lésions en rapport avec des irritations prolongées. On trouve des réactions inflammatoires chroniques de défense au niveau du derme et de l'hyperplasie épithéliale avec hyperkératose abondante. Le chorion infiltré présente de rares leucocytes polynucléaires et mononucléaires, des cellules hordéiformes d'Ehrlich et des plasmazellen. Dans les cas d'origine syphilitique on peut observer de l'endartérite oblitérante.

Après avoir fait le *diagnostic différentiel*, on recherchera si la leucoplasie est d'origine syphilitique, mais, même lorsqu'on croira pouvoir mettre en doute cette étiologie, on instituera un traitement d'épreuve suffisamment énergique pour être efficace.

Diverses *complications* peuvent se produire : on observe parfois des fissures, des poussées inflammatoires, des ulcères non infiltrés (ulcères leucoplasiques de Darier), etc. La plus importante de toutes est sans contredit le cancer. C'est à la possibilité de cette transformation maligne que la leucoplasie doit son importance dans la nosographie de la muqueuse buccale.

Le *traitement* doit être général (suppression des causes d'irritation, médication antisyphilitique, etc.) et local (attouchements avec des produits chimiques divers ; neige carbonique, galvano-cautère, rayons X, radium, extirpation chirurgicale, suivant les cas).

J. MARGAROT.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Recherches expérimentales sur la gale féline chez l'homme (Experimenteller Beitrage zur Katzenscabies beim Menschen), par PHILADELPHY et O. GRIMM. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 43e année, 6 mars 1930, n° 10, p. 302.

Il n'est pas exact que les accidents cutanés déterminés sur l'homme par la gale du chat soient des manifestations de simple réaction irritative. 6 fois sur 8, les auteurs ont réussi à obtenir chez l'homme, au moyen de croûtes de chats galeux, des lésions vésiculeuses contenant des acares et des œufs, mais il est vrai que leur multiplication sur la peau de l'homme est restée en question. CH. AUDRY.

Sur la valeur pratique de l'épreuve transcutanée au néosalvarsan (Zur Frage der praktischen Verwertung der perkutanen Meosalvarsan-Läppchenprobe), par O. GLASSBERG. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 43e année, n° 11, 13 mars 1930, p. 322.

Cette épreuve, imaginée par Jadassohn pour étudier la sensibilité des

malades, et utilisée par Riehl junior pour tâter la susceptibilité des malades à As, consiste à découper un lambeau d'étoffe et à l'appliquer sur la peau du sujet, après l'avoir imbibé d'une solution de néosalvarsan au 1/3. G. en a vérifié la valeur sur 150 malades, dont une partie avaient déjà subi une ou plusieurs cures arsenicales. De ses recherches, il conclut que cette méthode ne permet pas de prévoir la tolérance ou l'intolérance au néosalvarsan. L. Chatellier.

Bruxelles médical.

Pas de symptômes. Wassermann positif. Qu'est-à-dire ? Que faire ? par R. Bernard. *Bruxelles médical*, 10e année, n° 19, 9 mars 1930, p. 507.

Dans cette revue générale, B. a tenté de grouper les résultats d'une enquête faite par la *Vie Médicale* auprès de nombreux syphiligraphes, à ce sujet. La plupart des auteurs sont d'accord pour reconnaître la faible valeur séméiologique d'une réaction positive isolée en l'absence de tout symptôme clinique. Il faudra faire plusieurs séro-réactions par différentes méthodes ; alors la positivité répétée impliquera le diagnostic de syphilis et aura pour conséquence le traitement. Mais quel traitement mettre en œuvre ? Malgré quelques divergences d'opinions, la règle générale est de faire un traitement aussi intensif et prolongé que possible jusqu'à la négativation de la séro-réaction. Proportionner l'intensité du traitement à celle de la séro-réaction serait une méthode dangereuse. Les proportionner par contre à l'âge et à la résistance des malades. L'opinion est unanime sur la valeur considérable de la positivité du Wassermann du liquide céphalo-rachidien et l'indication formelle du traitement qu'elle comporte. — Pour ce qui est de la syphilis héréditaire, il faut s'occuper beaucoup plus des antécédents paternels et maternels, des signes cliniques, que du résultat de la séro-réaction.

H. Rabeau.

Brasil medico (Rio de Janeiro).

La lèpre dans le Rio-Grande-Do-Norte (A Lepra no Rio-Grande-Do-Norte), par Varella Santiago. *Brasil Medico* (Rio de Janeiro), 44e année, n° 6, 8 février 1930, p. 167.

D'après les données historiques, qui font l'objet du premier chapitre du travail, on peut conclure que les premiers cas de lèpre observés dans le Rio-Grande-do-Norte datent de la seconde moitié du siècle dernier. Ils restent rares jusqu'à la fin de ce même siècle, mais augmentent au cours de la première décade du siècle actuel. L'exode vers les pays du Nord, suivi du retour d'un dixième des émigrés, et les anamnestiques de nombreux malades justifient pleinement cette seconde proposition. La plupart des malades ont contracté leur affection à Para ou dans l'Amazone, ou ont vécu avec des lépreux venant de ces États.

Les mesures de police sanitaire, prescrivant l'envoi de tous les sujets contaminés dans les léproseries, ont déjà permis d'isoler les deux tiers des lépreux en moins de trois années d'efforts. On peut être certain que dans un avenir prochain, cet isolement s'étendra à la totalité de la population lépreuse de l'État de Rio-Grande-do-Norte.

J. Margarot.

Sur un cas de mycosis fongoïde (Sobre um caso de mycosis fungoide), par José Julio Da Costa, J. J. Vieira Filho et Amadeu Fialho. *Brasil Medico*, (Rio de Janeiro), 44e année, nº 6, 8 février 1930, p. 171.

Relation d'un cas de mycosis fongoïde.

On y retrouve tous les éléments cliniques de la maladie : larges plaques superficielles eczématiformes et lichénoïdes avec œdème de la face et de la main, plaques infiltrées érythémateuses, granuleuses et finalement tumeurs mycosiques caractéristiques, de volume variable.

L'observation est intéressante à signaler à cause de sa rareté. C'est la seconde qui ait été publiée à Rio et peut-être même dans le Brésil.

J. Margarot.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Les traitements actuels de la lèpre. Leurs résultats cliniques et biologiques (Los actuales tratamientos de la lepra. Sus resultados clinicos y biologicos), par Ramon Gonzalez Medina. *Actas Dermo-Sifiliographicas*, 32e année, nº 2, novembre 1929, p. 132 et nº 3, décembre 1929, p. 202, 46 p.

Un important travail, établi d'après un grand nombre d'observations conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

1° Le dogme de l'incurabilité de la lèpre n'est plus admissible du moment que l'on dispose de médications capables de modifier cliniquement et bactériologiquement le cours de la maladie.

2° Les moyens chimiothérapiques employés ne sont cependant pas des armes aussi puissantes que celles dont nous disposons contre la syphilis.

3° Quand les lépreux résistent pendant de nombreuses années à leur maladie, il peut se produire une atténuation spontanée, résultant de la transformation de la forme tubéreuse en la variété anesthésique, beaucoup plus bénigne.

4° Seuls doivent être considérés comme complètement guéris les malades qui, après avoir été soumis à des traitements énergiques, ne présentent aucun symptôme clinique ou bactériologique au cours d'examens réitérés.

5° Les éthers éthyliques de l'huile de Chaulmoogra constituent la médication la plus active dont on dispose dans la thérapeutique antilépreuse.

6° G. M. est cependant loin de considérer cette médication comme idéale et répondant à la thérapeutique de l'avenir. Si, chez la plupart

des malades les lépromes rétrocèdent, chez quelques-uns ils se montrent résistants.

7° De bons résultats ne sont obtenus que par des centaines d'injections séparées par des périodes de repos.

8° Le traitement par les éthers éthyliques de l'huile de Chaulmoogra influence favorablement la maladie autant et même plus au point de vue bactériologique qu'au point de vue clinique. Le fait est d'une grande importance au point de vue de la prophylaxie sociale de l'infection.

9° Les réactions sérologiques (de déviation du complément, de précipitation et de floculation) varient sous l'influence des traitements, sans que l'on puisse déduire des cas observés une diminution de l'intensité de ces réactions. On note plutôt une légère prédominance de cette intensité après les diverses cures.

10° Le taux de la calcémie chez les malades traités et sans lésions osseuses a été trouvé normal.

11° La réserve alcaline du plasma sanguin s'est montrée normale dans les phases de latence et basse avec tendance à l'acidose au cours des phases d'activité de l'affection.

12° L'auteur pense avec de nombreux médecins espagnols que la lèpre augmente dans leur pays et que sont particulièrement nombreuses les formes commençantes ou monomorphes, c'est-à-dire en somme les cas de diagnostic difficile.

Il est urgent d'entreprendre une importante campagne antilépreuse.

J. Margarot.

Bromides végétantes chez un nourrisson (Note clinique) (Bromides vegetantes en un lactante (Nota clinica), par Eduardo Ledo. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 32e année, n° 3, décembre 1929, p. 163, 1 fig.

Bromides végétantes typiques (*bromoderma tuberosum*) chez un nourrisson de 10 mois, à qui l'on avait donné pour une toux férine une potion contenant du bromure.

Cette éruption, évoluant sans phénomènes généraux, doit être distinguée des accidents de l'intoxication bromique chronique. Elle démontre la vulnérabilité particulière des nourrissons vis-à-vis du médicament.

J. Margarot.

Contribution à l'étude de l'ulcère vulvaire chronique éléphantiasique (Esthiomène). Ses relations avec le syphilome anorectal de Fournier (Contribucion al estudio de la úlcera vulvar crónica elefantiasica (esthiomene). Sus relaciones con el sifilioma anorectal de Fournier), par Gay Prieto et A. Villafuertes. *Actas Dermo-Sifiliographicas*, 32e année, n° 3, décembre 1929, p. 166.

Divers auteurs (Nobl, Buschke, Jadassohn, Covisa, etc.), admettent l'existence d'un syphilome ano-rectal tel que le concevait Fournier (affection débutant insidieusement par une gêne progressive de la défécation et caractérisée par un amincissement du cylindre fécal, par de

la suppuration, du saignement, des fistules faisant communiquer le rectum avec la vessie, le vagin et, au toucher, par des espèces de tumeurs lobulées, ressemblant à des condylomes et par une infiltration hyperplasique du rectum).

D'autres (Audry, Jersild) pensent que la cause déterminante de l'affection est une ectasie lymphatique, due elle-même à des lésions ganglionnaires (bubons vénériens d'après Jersild, Koch, etc. ; lymphogranulomatose inguinale subaiguë, d'après Frei et Koppel).

Le rétrécissement ano-rectal se confondrait par suite avec l'esthiomène, ou ulcère chronique éléphantiasique de la vulve, dû à des altérations lymphatiques de même ordre.

D'autres auteurs enfin pensent que beaucoup de ces syndromes sont de nature tuberculeuse.

G. P. et A. V. discutent ces diverses théories à la lumière de six observations personnelles.

Ils se rangent à l'opinion éclectique de Jadassohn et portent les conclusions suivantes :

1° Il existe une forme de syphilis tertiaire du rectum extraordinairement rare, répondant au syphilome ano-rectal de Fournier.

2° L'ulcère vulvaire chronique éléphantiasique, ou esthiomène, est un processus inflammatoire chronique, non spécifique, en rapport avec une obstruction ganglionnaire entraînant une ectasie des lymphatiques. Les plus fréquentes de ces affections ganglionnaires causales sont la lymphogranulomatose inguinale subaiguë et les bubons vénériens.

3° D'autres infections comme la tuberculose et les mycoses (Gougerot) peuvent donner lieu à des syndromes tout à fait semblables.

4° Ces divers processus sont susceptibles de s'associer pour réaliser des cas complexes, dans lesquels il est difficile de faire la part de chacun des facteurs étiologiques.

5° Il existe une forme que l'on pourrait appeler fruste, ou abortive, de la lymphogranulomatose subaiguë, dans laquelle les adénopathies guérissent soit spontanément, soit sous l'influence du traitement, avant de se ramollir et de suppurer. J. Margarot.

Gale. Données statistiques (Sarna : Datos estadisticos), par Enrique Alvarez Sainz de Aja. *Actas Dermo-Sifiliographicas*, 32e année, n° 3, décembre 1929, p. 177.

La gale décroît en Espagne au fur et à mesure qu'augmente le bien-être social, que diminue le chômage et que se développe l'hygiène publique et privée.

La répartition de la maladie dans les diverses classes de la société est inversement proportionnelle à l'importance des ressources familiales. J. Margarot.

Autohémothérapie dans le prurigo de Hebra (Autohemoterapia en el prurigo de Hebra, par Camilo Losada. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 32e année, n° 3 décembre 1920, p. 180.

L'autohémothérapie a donné des résultats satisfaisants dans deux cas de lichen polymorphe chronique. En particulier, chez un enfant de 14 mois, présentant depuis sa naissance des papules roussâtres avec démangeaisons et plaques eczémateuses, le prurit a cessé dès la quatrième injection de 3 centimètres cubes de sang. Après une série de 7 injections, la guérison a été complète. Aucune récidive ne s'est produite. J. MARGAROT.

Sur le traitement des balanoposthites et des vulvites érosives (Sobre el tratamiento de las balanopostitis y vulvitis erosivas), par J. FERNANDEZ DE LA PORTILLA. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 32e année, n° 3, décembre 1929, p. 183.

L'auteur fait de la vaccinothérapie locale avec des bouillons de cultures strepto et staphylococciques (compresses renouvelées toutes les 4 à 6 heures, ou injections pratiquées avec une seringue dans le sillon balano-préputial, quand il existe un phimosis).

La méthode est absolument indolore, facile à appliquer par le malade lui-même et donne des résultats plus rapides que les traitements utilisés jusqu'à présent. J. MARGAROT.

Dermatose post-vaccinale de localisation rare (Dermatosis postvacunal de localizacion rara), par R. G. MADINA et J. BIGNE. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 32e année, n° 3, décembre 1929, p. 184, 3 fig.

Un enfant de 8 mois, vacciné avec succès et ayant sur le bras gauche des pustules typiques, présente une éruption de siège palmo-plantaire. Elle a été précédée d'éléments de type urticarien sur les genoux et sur les fesses ainsi que d'une légère élévation thermique.

Sur la paume des mains et sur la plante des pieds, on trouve une surface érythémateuse que recouvre un pointillé saillant, formé de papules du volume d'un grain de mil.

Le prurit est intense ; l'enfant ne dort pas et pleure constamment. Au bout de quelques jours, l'éruption plantaire devient bulleuse sans que les lésions palmaires subissent la même transformation. Des phlyctènes rapidement ouvertes, de siège ombilical, inguino-crural et inguino-scrotal offrent un aspect syphiloïde. On trouve dans l'aîne droite deux pustules ombiliquées du type variolique.

Malgré l'aspect de ces éléments les auteurs ne croient pas à une vaccine généralisée, car l'éruption n'a laissé par la suite aucune cicatrice. Ils pensent qu'il s'agit d'une dermatose d'origine interne, inoculée en même temps que la vaccine par suite de l'impureté de la lymphe et développée chez un sujet prédisposé par une altération humorale antérieure. J. MARGAROT.

La numération globulaire et la formule leucocytaire dans le traitement par les rayons X (El recuento globular y la fórmula leucocitaria en el tratamiento de los Rayos X), par HOMBRIA et SOLLA. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 32e année, n° 3, décembre 1929, p. 190.

Un premier groupe de malades, atteints de dermatoses dans lesquelles la modification de la formule sanguine constitue un élément symptomatique de premier ordre, présente une modification de sens opposé après un traitement par les rayons X. C'est ainsi qu'au cours d'une dermatite herpétiforme de Duhring l'éosinophilie passe de 21 à 9 o/o après deux irradiations du sympathique et à 4 o/o après une troisième application.

Un autre groupe réunit tous les sujets chez qui, pour diverses raisons, la rate a été irradiée. Les résultats de la numération et la formule varient au plus haut degré, sans aucune règle précise en ce qui concerne les doses. Suivant les cas, on n'observe aucune modification où l'on note une leucopénie intense. Par contre, chez certains malades, le nombre de leucocytes augmente.

La radiothérapie locale, lorsqu'elle est faite sur des régions où ne se trouve aucun organe hémopoïétique sous-jacent, n'entraîne en général aucune modification du nombre et de la formule des leucocytes.

L'irradiation des groupes ganglionnaires est ordinairement suivie d'une diminution du nombre des globules blancs.

Les sujets atteints de lichen, traités par l'irradiation du sympathique, présentent des variations nulles ou peu marquées.

Pour conclure, les modifications numériques varient suivant de larges proportions, quels que soient la superficie et les organes irradiés. Ces modifications ne constituent pas des contradictions à la radiothérapie, si intenses que soient les doses. J. Margarot.

Pelade et opothérapie thyroïdienne (Pelada y opotherapia tiroidea), par J. Fernandez de la Portilla. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 32e année, n0 3, décembre 1929, p. 197.

Une pelade rebelle à de nombreux essais thérapeutiques est rapidement guérie par des extraits thyroïdiens.

Une adiposité relative de la malade constituait le seul symptôme d'hypothyroïdie. J. Margarot.

A propos du bismuth dans la thérapeutique du lupus érythmateux (A proposito del bismuto en la terapeutico del lupus eritematoso), par Eduardo Ledo. *Actas Dermo-Sifiliographicas*, 32e année, no 3, décembre 1929, p. 200.

L'auteur se défend d'avoir affirmé que le bismuth constituait la médication fondamentale et l'or une simple médication adjuvante dans le traitement du lupus érythémateux.

Toutes les méthodes comportent des échecs, mais on doit reconnaître que la thérapeutique bismuthique se recommande par son efficacité dans de nombreux cas, par son facile maniement et par sa complète innocuité. J. Margarot.

Ecos espanoles de Dermatologia y Sifiliographia (Madrid).

Notes cliniques. Un cas d'érythrodermie arsenicale exfoliante (Notas clinicas. Un caso de eritrodermia arsenical exfoliative, par Manuel Pereiro. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 6e année, no 53, février 1930, p. 263, 1 fig.

Une érythrodermie exfoliante survient au cours d'un traitement novarsénobenzolique institué préventivement chez une femme dont le mari présente un accident primitif.

La syphilis ne saurait être en cause. Il ne s'agit pas davantage d'un accident toxique dû à la préparation arsenicale. L'auteur croit à une manifestation d'ordre anaphylactique. J. Margarot.

Pustules de la main d'étiologie peu fréquente (Pustulas de la mano de etiologia no frecuente), par J. Trenchs Codones. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 6e année. no 53, février 1930. p. 267.

Une petite fille se blesse à la main en secouant un thermomètre. Deux mois après apparaissent des pustules indolentes. Une radiographie montre l'inclusion de petites quantités de mercure. Une ponction donne une gouttelette de sérosité et non du pus. La malade est traitée par l'électrolyse. On ne trouve bientôt plus qu'un peu de mercure dans les couches superficielles de la peau.

Cancer professionnel dû au goudron (Cancer profesional del alquitran), par Javier Vilanova Montiu. *Ecos españoles de Dermatologia y sifilografia*, 6e année, no 53, février 1930.

Un malade de 38 ans, sans hérédité cancéreuse, travaille dans une fabrique d'agglomérés de charbon, où il manipule du goudron. Il présente des signes d'intoxication générale avec vomissements, diarrhée, diminution de l'acuité visuelle, légère pigmentation, épaississement et verrucosités de la peau. Une de ces verrucosités, de siège scrotal, se transforme en une néoplasie épithéliale maligne. Une intervention chirurgicale en débarrasse le malade, mais elle est suivie de cicatrices chéloïdiennes très gênantes.

Il est curieux de remarquer que le cancer du goudron, l'hyperkératose qui le précède et les signes généraux qui l'accompagnent (altérations pigmentaires, lésions inflammatoires et atrophiques, télangiectasies, état xérodermique, hyperkératose, etc.), rappellent les éléments anatomo-cliniques de l'arsenicisme chronique.

L'analogie est frappante à tel titre qu'on a pu affirmer l'identité des deux maladies ou encore l'existence dans le cancer du goudron d'un terrain chroniquement intoxiqué par l'arsenic.

J. Margarot.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

L'importance des processus biologiques d'immunité dans la morphologie des lésions cutanées (The importance of immune biologic processes in the morphology of skin lesions), par Jadassohn. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXI, nº 3, mars 1930, pp. 355 à 371.

La morphologie des lésions qu'une infection produit dans la peau est fonction des phénomènes biologiques d'immunité qui y préexistent ou qui s'y produisent. La lésion cutanée est en quelque sorte la résultante de la lutte entre l'organisme (la peau, dans le cas étudié) et le microbe. Il est surprenant de voir jusqu'à quel point les manifestations cliniques et histologiques peuvent varier suivant les qualités de la défense de l'organisme.

Dans ce domaine encore plein d'inconnues, les trichophyties offrent les faits relativement les plus clairs. Lorsqu'une trichophytie animale infecte les follicules des poils du cuir chevelu ou de la barbe, elle y provoque une inflammation aiguë, de la suppuration, suivie d'élimination du follicule ; dans ces cas, la peau du corps entier devient allergique à la trichophytine. Lorsque le même champignon infecte la peau glabre où il ne rencontre que du duvet, il ne se produit pas d'allergie. Pour expliquer ce contraste, il faut admettre que le parasite trouve dans les follicules profonds des conditions propices à l'inflammation aiguë, la résorption rapide et que celles-ci favorisent le développement de l'allergie ; il en résulte que ces formes ont une tendance marquée à la guérison et n'offrent aucune résistance au traitement.

C'est au cours des trichophyties profondes qu'on a observé les premières trichophytides ; dans la grande majorité des cas celles-ci sont dues à l'infection hématogène de la peau ; elles peuvent probablement aussi résulter d'infections exogènes, c'est ce qui se produit dans le cas de trichophytides du cou ou de la face au cours des kérions. L'influence de l'immunité sur la morphologie et l'évolution des trichophyties superficielles est moins claire. Les réactions à la trichophytine sont nulles ou insignifiantes, sauf lorsque la durée de la trichophytie a été très longue ou que son étendue est très grande. Les lésions revêtent l'aspect caractéristique des dermatoses parasitaires : guérison centrale, du fait de l'apparition d'une immunité locale et extension périphérique. En effet, la réinoculation peu de temps après la guérison n'est possible qu'à une distance de 0,2 à 2 centimètres de la marge des lésions antérieures. Mais cette immunité locale est de peu de durée : les lésions peuvent récidiver au centre et on observe alors des cercles concentriques ou des cocardes. Lorsqu'il y a confluence, les cercles s'arrêtent au contact des zones d'immunité des cercles voisins et il en résulte des lésions arciformes.

Dans la syphilis, la roséole est une manifestation clinique de l'allergie ; les roséoles de retour, annulaires ou figurées, les syphilides papuleuses circinées ou corymbiformes peuvent être expliquées par la pré-

sence d'une zone centrale d'immunité. Les éruptions lichénoïdes folliculaires montrent l'aptitude particulière des appareils folliculaires à localiser les infections hématogènes. On constate souvent des réactions négatives à la luétine au cours de la syphilis secondaire malgré l'existence certaine d'un état d'allergie ; faut-il admettre qu'à cette période l'allergie et l'immunité locale sont régionales, parcellaires ? Dans la syphilis tertiaire de la peau, au contraire, les réactions à la luétine sont habituellement positives. Or, ce qui caractérise la période tertiaire, c'est que les tissus réagissent à un petit nombre de tréponèmes par la nécrose, processus d'élimination, ou par une structure histologique tuberculoïde, forme active de défense.

Les phénomènes biologiques de défense permettent aussi d'interpréter la morphologie des diverses lésions que la tuberculose peut produire dans la peau. Lorsque l'inoculation se fait sur un organisme neuf, comme par exemple au cours de la circoncision, il se produit une ulcération aiguë. Chez les enfants plus âgés, les lésions tuberculeuses s'accompagnent fréquemment d'adénopathies ; quelquefois elles se transforment en lupus. C'est le lupus et la tuberculose verruqueuse qui constituent les formes communes de la tuberculose cutanée chez des individus allergiques. Lorsque la tuberculose viscérale est active et qu'il y a anergie cachectique, les lésions cutanées sont ulcéreuses ou miliaires disséminées, dans les formes hématogènes.

Les phénomènes biologiques d'immunité jouent un grand rôle dans les tuberculides. La tendance nécrotique des lésions est en rapport avec l'allergie : la nécrose est un processus d'élimination spontanée dans un organisme dont la défense est active. Aussi n'observe-t-on pas de tuberculides au cours des tuberculoses pulmonaires actives. Les réactions à la tuberculine montrent que l'allergie est moins développée au cours des tuberculides qu'au cours des tuberculoses vraies de la peau. Les tuberculides paraissent constituer une forme de transition entre les tuberculoses cutanées, développées sur des terrains fortement allergiques, et les tuberculides anergiques, telles que les sarcoïdes et le lupus pernio.

Des considérations du même ordre permettent d'expliquer la pathogénie des diverses lésions cutanées de la lèpre, alors qu'aucune autre hypothèse ne serait satisfaisante pour expliquer leur morphologie si variée.

Ainsi donc, en étudiant les trois infections les plus importantes, on constate qu'il existe un rapport étroit entre la structure des tissus, les divers degrés d'allergie ou d'immunité et la morphologie des lésions cutanées. Malgré les analogies constatées, il existe, cependant, bien des faits impossibles à interpréter : ainsi l'absence de bacilles dans les tuberculides papulo-nécrotiques à côté de l'abondance des tréponèmes dans les syphilides papuleuses, l'anergie des sarcoïdes à côté de la forte allergie des syphilides tertiaires.

Par analogie avec les cas étudiés, J. étend les conceptions biologiques

à d'autres affections microbiennes et même à une série d'affections d'étiologie inconnue, telles que : les érythèmes, le pityriasis rosé, le lichen plan, les formes trichophytoïdes de l'eczéma, les eczématides, les psoriasis circinés, certaines tumeurs, etc. La morphologie de ces dermatoses et en particulier leur fréquente tendance à la guérison centrale et à l'extension périphérique progressive rend probable leur nature infectieuse. S. FERNET.

Les frictions mercurielles dans le traitement de la syphilis (Mercurial ointments in the treatment of syphilis), par COLE, SCHREIBER et SOLLMANN. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXI, no 3, mars 1930, p. 372.

Les dosages du mercure dans les matières et les urines après des frictions mercurielles, pratiquées dans des conditions variées, montrent que l'absorption et l'élimination du mercure sont en rapport direct avec la concentration de celui-ci dans son véhicule. La qualité de l'excipient n'a aucune influence sur l'absorption. Le mercure colloïdal n'est pas mieux absorbé que le Hg métallique. Les frictions quotidiennes peuvent être avantageusement remplacées par des frictions hebdomadaires massives, faites avec 30 grammes d'onguent mercuriel à 30 o/o (9 gr. d'Hg) pendant une heure sur plusieurs régions du corps.

S. FERNET.

Le Bismarsen dans le traitement de la syphilis et des autres infections à spirochètes (Bismarsen in the treatment of syphilis and of other spirochetic infections), par KOLMER. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXI, no 3, mars 1930, p. 394.

Étude d'un composé stable, soluble et facilement absorbable d'arsphénamine et de bismuth pour injections intramusculaires, réunissant les avantages des arsenicaux et ceux du bismuth et permettant d'effectuer le traitement mixte dans les meilleures conditions.

S. FERNET.

Leucoplasie et cancer de la vulve (Leukoplakia and cancer of the vulva), par TAUSSIG. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXI, n° 3, mars 1930, p. 431.

Plaidoyer en faveur de l'exérèse chirurgicale des leucoplasies vulvaires. La technique de Basset comprenant une vulvectomie et l'ablation des ganglions superficiels et profonds donne les meilleurs résultats.

S. FERNET.

The Urologic and Cutaneous Review (Saint-Louis).

A propos du sort de l'infiltrat spécifique et des tréponèmes dans le chancre induré (Concerning the fate of the specific infiltrates and of the spirocheta pallida in hard chancre), par OLESSOFF (de Moscou). *The Urologic and Cutaneous Review*, vol. XXXIV, n° 3, mars 1930. p. 170.

O. a excisé 42 cicatrices de chancres indurés datant de 2 mois à

20 ans. Sur les coupes, il n'a pas été constaté de tréponèmes et toutes les inoculations sont restées négatives. La transformation fibreuse de l'infiltrat spécifique est toujours très lente, même lorsque des traitements intensifs ont été appliqués.

Les cas publiés de cicatrices de chancres contenant des tréponèmes virulents, malgré une sérologie négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien doivent répondre à des faits tout à fait exceptionnels.

S. Fernet.

Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia (Bologne).

Contribution à la connaissance de l'urticaire papuleuse perstans avec pigmentation, par Italo Lévi. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. V, fasc. 3, février 1930, p. 219, 8 fig. Bibliographie.

Il existe une certaine confusion dans la classification des urticaires chroniques et notamment de celles qui s'accompagnent de pigmentation. On attribue facilement la dénomination d'urticaire pigmentaire à toute urticaire chronique qui se pigmente. C'est là une erreur, l'urticaire pigmentaire est une dermatose qui possède une individualité propre et un caractère typique, révélé par l'examen histologique : *la présence de mastzellen.* Sans mastzellen, pas d'urticaire pigmentaire. C'est pourquoi il faut employer pour les autres variétés la dénomination de « urticaire perstans, avec pigmentation », variété de l'urticaire chronique.

C'est un cas de cette catégorie que l'auteur a observé chez un jeune homme de 27 ans, et il en fait l'étude clinique, microscopique et pharmacodynamique. Les points les plus saillants de cette étude sont :

Au point de vue clinique, sur divers points du corps, mais surtout sur l'abdomen, par disposition symétrique, petits éléments papuleux (et non pomphoïdes) qui persistent longtemps et finissent par disparaître en laissant des taches pigmentées. L'évolution se fait par poussées, et, suivant que celles-ci sont plus ou moins espacées, il y a prédominance, soit des éléments papuleux, soit des taches pigmentaires. Sur ces taches pigmentaires, même anciennes, on provoque l'urticaire factice, alors qu'on n'observe rien de semblable dans les régions saines.

Au point de vue microscopique, éosinophilie : 7 0/0, *absence de mastzellen,* œdème accentué ; infiltration parvi-cellulaire, pigmentation limitée à la couche basale de l'épiderme.

Au point de vue pharmacodynamique, les épreuves pratiquées permirent de conclure à une vagotonie probable.

La discussion du diagnostic, toutes les autres formes étant éliminées, permit de conclure à une variété d'urticaire chronique. L'absence de mastzellen permettant d'exclure l'urticaire pigmentaire, la localisation et la persistance du pigment permettant d'exclure également l'urticaire hémorragique. Il s'agissait donc d'une formation autochtone de

pigment, d'étiologie du reste très obscure, peut-être liée à la vagotonie, d'une urticaire perstans avec pigmentation.

On aurait pu penser aussi à une étiologie anaphylactique d'origine alimentaire, mais les cuti-réactions pratiquées, ainsi que les prescriptions diététiques, ne vinrent apporter aucune preuve décisive.

BELGODERE.

Étude sur l'étiologie d'un syndrome type dermatite polymorphe, par Francesco BONADUCE. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. V, fasc. 3, février 1930, p 230, 5 fig.

Exposé et discussion des diverses classifications qui ont été proposées pour les dermatites polymorphes. B. propose une division en trois groupes : 1° Dermatites à agent étiologique connu ; 2° Dermatite herpétiforme de Duhring et dermatite polymorphe douloureuse à poussées successives de Brocq ; 3° Érythème polymorphe proprement dit.

Pour cette dernière variété, divers travaux ont été entrepris dans le but d'en découvrir l'agent étiologique, les germes isolés ont été généralement reconnus comme étant des germes banaux qui vivent dans la peau. Mais une mention particulière doit être faite pour les recherches de Levaditi, Nicolau et Poincloux, qui ont réussi à identifier un germe en bâtonnet à caractères spéciaux, qu'ils ont dénommé *streptobacille moniliforme* et qu'ils considèrent comme l'agent pathogène de l'érythème polymorphe.

Après avoir reproduit *in extenso* l'observation de ces trois auteurs, B. rapporte un cas personnel, qui présentait bien quoique un peu atypiques les caractères de l'érythème polymorphe. Par l'hémoculture, il a pu isoler chez ce malade, un germe qui présentait de grandes analogies avec le streptobacille moniliforme, mais aussi quelques caractères distincts : c'était un bacille polymorphe, immobile, formé de bâtonnets courts, colorable par les couleurs communes d'aniline, Gram négatif. Dans les cultures anciennes, il présente des formes ovalaires (négatives quant à la coloration des spores) qui peuvent être considérées comme des formes de résistance, évolutives ou involutives ; il présente en outre certaines exigences culturales : il se cultive très bien sur les milieux liquides (bouillon, bouillon peptoné, bouillon et ascite, lait), peu sur les milieux solides. On ne peut encore rien affirmer d'absolu quant aux rapports étiologiques entre ce germe et la dermatite présentée par le malade. Des recherches ultérieures seraient nécessaires, permettant de déceler ce germe dans d'autres cas de dermatite polymorphe et d'affirmer son pouvoir pathogène.

BELGODERE.

Érythème ortié atrophiant de Pellizzari et anétodermie érythémateuse de Jadassohn, par Mario ARTOM. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. V, fasc. 3, février 1930, p. 252, 15 fig. Trois pages de bibliographie.

Obscurités du chapitre des atrophies cutanées. Il est de règle de les

diviser en : *anétodermies primitives*, essentielles, idiopathiques et *anétodermies secondaires* symptomatiques, non idiopathiques. Mais, comme le fait remarquer Pasini, cette distinction est de faible valeur, attendu que, dans les soi-disant formes primitives, on trouve souvent des signes histologiques de processus phlogistiques antérieurs.

A. a eu l'occasion d'observer deux malades atteints de dermatoses atrophiques. L'un lui a semblé pouvoir être identifié avec la forme décrite par Pellizzari sous le nom d' « érythème ortié atrophiant » ; l'autre avec « l'anétodermie érythémateuse » de Jadassohn.

Il a étudié attentivement ces deux cas, dans le but soit d'identifier, soit de différencier ces deux dermatoses. Il en fait une description très détaillée et méticuleuse, au point de vue clinique, histologique, pharmacodynamique. Il conclut qu'il s'agit bien de deux affections distinctes et il en expose ainsi les caractères différentiels :

Dans l'érythème ortié atrophiant, élément initial consistant en un relief érythémato-ortié, rose, blanc rosé, grand comme une pièce de dix centimes, quelquefois plus, souvent prurigineux. Résolution et passage à l'atrophie au centre, de manière que l'on a des foyers qui présentent de l'atrophie dans la zone centrale, avec un ourlet érythémato-ortié. Les éléments peuvent confluer, en formant des macules atrophiques de forme irrégulière, ou même des placards atrophiques occupant des régions entières de la peau.

Cette dermatose a probablement une étiologie neuro-endocrinienne (dermographisme, troubles généraux nerveux). Au point de vue histologique, au stade initial, on a un œdème notable et une infiltration constituée par des polynucléaires neutrophiles et des éosinophiles.

Dans l'anétodermie érythémateuse. Élément initial formé par une papule semblable à la papule syphilitique sèche, ou à celle du lichen obtusus, grande au maximum comme une lentille, de couleur rouge sombre ou livide ; jamais prurigineuse. La résolution est uniforme sur toute la surface de l'élément, par aplatissement de la papule et passage de celle-ci à une plaque hyperémique, puis à une plaque atrophique. Les éléments ne deviennent jamais confluents. Il n'y a presque jamais de signes de troubles nerveux ou neuro-endocriniens. Au point de vue histologique, dans le stade initial, on a seulement une infiltration de cellules rondes, de cellules plasmatiques et de mastzellen très accentuée, avec prolifération endothéliale.

Le Professeur A. fait observer que les obscurités qui règnent sur ce chapitre de la dermatologie ne pourront être dissipées qu'à la condition de pouvoir étudier les dermatoses atrophiantes dès leur stade initial, car, lorsque l'atrophie est constituée, les caractères histologiques et cliniques ne diffèrent guère, quelle qu'ait été l'origine.

Des recherches ultérieures sont nécessaires. Mais, dit A., même si elles infirmaient ses conclusions sur l'individualité nosologique de l'érythème ortié atrophiant, cela n'enlèverait pas à Pellizzari le mérite

d'avoir, le premier, distingué, dans l'ensemble obscur des atrophodermies, une forme bien différenciée par ses caractères cliniques.

BELGODERE.

Sur l'action thérapeutique du myosalvarsan, par G. JAJA. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. V, fasc. 3, février 1930, p. 285.

Le Myosalvarsan, nouvelle préparation arsenicale, fabriqué par une firme germanique connue, est un dioxydiamido-arsénobenzol-diméthane-sulfonate de soude, poudre jaune très soluble dans l'eau. Il est destiné comme son nom l'indique, à être employé surtout par la voie intramusculaire et aussi sous-cutanée. D'après ses essais, J. a constaté que, localement, il était mieux toléré par la voie sous-cutanée qu'intramusculaire, et mieux supporté aussi en solutions un peu diluées que concentrées. Il y a bien quelquefois de légers ennuis locaux : infiltration de la région injectée, rougeur de la peau avec augmentation de la température locale et douleur à la pression. Quelques réactions générales également : douleur à la marche, fièvre et sensation de malaise général. Mais ces incidents sont rares et négligeables.

Par contre, au point de vue thérapeutique, excellente efficacité, résultats qui peuvent, dans beaucoup de cas, rivaliser avec ceux des endoveineuses.

Cette préparation est donc particulièrement à recommander lorsque la voie circulatoire ne peut être utilisée, soit pour des raisons mécaniques, soit par suite des conditions particulières de l'état du patient. Elle trouvera son indication la plus nette dans les formes tardives de la syphilis, à localisations cutanées, musculaires, osseuses, viscérales, où l'on a besoin d'un médicament à action soutenue et prolongée plutôt que d'un procédé à action énergique, mais éphémère, comme les intraveineuses.

BELGODERE.

Remarques sur un cas de diagnostic difficile (Tuberculose cutanée végétante ?), par Giuseppe BERTACCINI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifiliografia e Venereologia*, vol. V, fasc. 4. mars 1930, p. 301, 10 fig. Bibliographie.

L'auteur étudie et discute longuement le cas d'une malade qui présentait des lésions très complexes pour lesquelles, après avoir éliminé diverses hypothèses, il a hésité finalement entre deux diagnostics, celui de *pyodermite végétante* et celui de *tuberculose cutanée végétante*.

Cette femme avait vécu dans une ambiance éminemment tuberculeuse, ayant perdu par la tuberculose pulmonaire son mari et six enfants, et elle-même était fortement suspecte de lésions bacillaires du poumon.

La lésion principale siégeait sur le dos de la main et s'accompagnait, à la région de l'épitrochlée d'un petit abcès, ouvert et fistulisé, manifestement dû à une adénite suppurée. Ce qui compliquait le problème,

c'est que, à la jambe, il existait en outre d'autres lésions ulcéreuses dont la nature put être déterminée au cours du traitement : il s'agissait de lésions iodiques, car d'autres lésions identiques firent leur apparition à la suite de l'administration de KI. Passons sur l'exposé méticuleux des caractères cliniques et histologiques des lésions ainsi que sur leurs caractères bactériologiques. Disons seulement que la lésion était apparue spontanément, sans avoir été précédée d'aucune blessure, que le début avait été sournois : d'abord une petite tache rouge, à peine saillante, qui s'était étendue peu à peu ; des processus suppuratifs étaient apparus seulement après un certain temps. Au point de vue histologique, il y avait une prédominance très accentuée de l'élément infiltratif sur l'élément suppuratif, surtout dans la profondeur des lésions, présence de nombreuses cellules épithélioïdes et de quelques cellules géantes, groupées parfois en follicules sur certains points ; il y avait très peu de leucocytes polynucléaires, groupés en petits abcès ou pseudo-abcès surtout dans les couches les plus superficielles, et par contre, un grand nombre de mononucléaires, cet ensemble donnant à la lésion un caractère tuberculoïde très accentué.

Mais, par contre, au point de vue bactériologique, les examens directs, les cultures et les inoculations ne purent mettre en évidence d'autres microbes que le staphylocoque doré, et toutes les recherches demeurèrent négatives au point de vue de la tuberculose. D'autre part, la lésion, après s'être prolongée pendant des mois, finit par guérir, *en apparence*, avec quelques soins locaux très simples.

Les résultats négatifs au point de vue du bacille de Koch et l'apparente guérison rapide n'étaient guère en faveur du diagnostic de bacillose cutanée. La constatation du staphylocoque doré faisait pencher plutôt vers la pyodermite végétante, mais il manquait la blessure initiale, qui est toujours signalée au début de cette affection ; le staphylocoque est un germe bien banal, et comme en outre la réaction polynucléaire ne se montrait que dans les couches superficielles, on peut aussi soutenir que ces staphylocoques étaient des microbes d'infection secondaire.

Tout en déclarant qu'il ne peut se montrer absolument affirmatif, B. incline finalement, après beaucoup d'hésitation, vers le diagnostic de tuberculose. Il ne s'agirait pas de tuberculose verruqueuse, car cette forme s'accompagne toujours d'hyperkératose, qui manquait dans le cas observé. Il s'agirait plutôt des formes spéciales décrites par Jadassohn sous le nom de *tuberculose fongueuse serpigineuse*, ou *tuberculose fongueuse lymphangiectasique*. Dans ces formes, en effet, l'hyperkératose peut manquer.

BELGODERE.

Contribution à l'étude des lichénifications anormales, par E. PISANI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. V, fasc. 4, mars 1930, p. 330, 6 fig. Bibliographie.

Après avoir rendu hommage au génie de Brocq qui a su individualiser la lichénification et en expliquer le mécanisme, l'A. rappelle qu'il y a un groupe de dermatoses dont la classification est controversée, ce sont les *lichénifications anormales*, rattachées par les uns au lichen plan, par d'autres aux lichénifications. Pautrier les a divisées en deux groupes : anomalies de siège (face, cuir chevelu, paume des mains), anomalies de forme (lichénification hypertrophique végétante, lichen obtusus corné, qu'il appelle lichénification circonscrite nodulaire chronique ; lichen corné hypertrophique, qu'il appelle lichénification verruqueuse). Pour Pautrier, ce sont là des formes distinctes du lichen plan. Cette opinion est discutée pour le lichen obtusus corné, et plus encore pour le lichen corné hypertrophique, que Thibierge, Nicolas, Malherbe, Dind, etc., considèrent comme des variétés évolutives du lichen plan en s'appuyant surtout sur le fait de la coexistence de lésions de lichen corné avec de typiques papules de lichen plan. Pautrier objecte, il est vrai, que, à côté d'un lichen plan très prurigineux, traumatisé par le grattage, il peut fort bien s'adjoindre des lésions de lichénification.

Afin d'apporter des documents nouveaux à cette controverse, l'auteur rapporte l'observation de trois malades qu'il a eu l'occasion de traiter. Un cas, où des lésions typiques de lichen plan sont associées à d'autres éléments plus récents et non moins typiques de lichen ruber verruqueux. Un cas où le début remonte à trente ans, avec lésions hypertrophiques verruqueuses, prurit notable ; il n'y a pas et il n'y a jamais eu association, le lichen plan et le prurit ont été pré-éruptifs ; ces caractères cliniques et l'examen histologique permettent sans aucun doute de classer ce cas parmi les lichénifications, comme le veut Pautrier.

Un troisième cas, qui ressemble au premier abord au lichen obtusus corné par la dimension des papules, recouvertes de squames fines, sèches, grisâtres, adhérentes, par leur forme régulièrement hémisphérique. Mais il existe d'autres éléments de caractère différent et les papules se développent sur une peau nettement lichénifiée et pigmentée ; pour ces raisons, et aussi à cause des caractères histologiques, ce cas doit être considéré d'après l'auteur comme une lichénification.

Mais, pour le premier cas, il fait de nombreuses réserves, et considère la conception de Pautrier comme très contestable, et pour lui, le lichen verruqueux doit être considéré comme une variété de lichen plan, spécialement dans les cas où les deux lésions coexistent chez le même sujet.

Cependant, il partage l'opinion de Darier, qui n'exclut pas la possibilité de lichénifications secondaires, de type corné, chez des sujets atteints le lichen plan, tout en considérant cependant que ce lichen corné n'est néanmoins le plus souvent qu'une variété du lichen plan.

Enfin, chez les malades observés par P., les réactions pharmacodynamiques ont mis en évidence une vagotonie manifeste, une dysergie capillaire révélant un état vasonévrotique, et une insuffisance hépati-

que décelée par l'épreuve de la glycémie provoquée. Ce sont là des données importantes susceptibles de donner une orientation à des recherches pathogéniques. BELGODERE.

La tuberculose comme facteur prédisposant de quelques formes de purpura, par F. MACCARI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. V, fasc. 4, mars 1930, p. 357, 4 fig.

Depuis longtemps on a remarqué une relation entre les manifestations purpuriques et le terrain tuberculeux, c'est une notion sur laquelle Gaucher en particulier, insistait fréquemment. M. a eu l'occasion d'étudier un malade dont le cas vient confirmer ce rapport. Il s'agit d'un jeune homme de 14 ans, à antécédents de pleurite sèche suspecte, d'otite moyenne suppurée, qui se compliqua d'une néphrite hémorragique. Cette néphrite s'accompagna de petites hémorragies cutanées des membres inférieurs qui se développaient uniquement sur de petites papules folliculaires dont le malade avait depuis longtemps constaté la présence. Ce malade était fortement suspect de tuberculose, non seulement à cause de la pleurite, mais aussi en raison de ses antécédents héréditaires, d'une micropolyadénopathie nette, et d'un œdème strumeux de la lèvre supérieure. Du reste la réaction à la tuberculine était positive, intense. Enfin les papules pilaires avaient nettement les caractères de la folliclis, qui est considérée depuis longtemps comme une tuberculide.

La pathogénie de ce purpura peut s'expliquer par trois hypothèses :

1. Réveil subit de la tuberculose : mais il n'en existe aucun signe.
2. Ondées successives de germes ou de toxines ayant pour point de départ le foyer septique de l'oreille ; mais la localisation des lésions purpuriques ne permet guère d'admettre cette pathogénie.
3. Action mécanique, hypertension due à la néphrite, amenant la rupture des vaisseaux sur les points où ils sont lésés et fragiles, c'est-à-dire au niveau des lésions de bacillose cutanée, et ainsi s'explique leur localisation.

Sans être absolument affirmatif, M. donne la préférence à cette dernière conception, d'autant plus que les examens histologiques ont montré au niveau des petits vaisseaux périfolliculaires, des altérations des parois, telles qu'il est habituel d'en observer dans les lésions d'origine tuberculeuse. BELGODERE.

Bactériologie de l'ulcère vénérien, par G. JAJA. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. V, fasc. 4, mars 1930, p. 369. Bibliographie.

On aurait pu croire, après la découverte du bacille de Ducrey, que l'histoire bactériologique du chancre mou était définitivement fixée. Les caractères morphologiques en étaient nets, de même que ses caractères culturaux (inadaptation aux milieux communs, nécessité de milieux au sang) et le pouvoir ulcératif semblait dévolu au strepto-

bacille seul, le rôle de la flore microbienne associée étant tout à fait accessoire.

Or, voici que, dans ces dernières années, ces acquisitions ont été contestées. Luxardo (1902), Miyhara (1924), Cartia (1926), ont décelé dans les chancres mous des formes microbiennes dont les caractères morphologiques diffèrent du streptobacille classique et qui auraient donné des inoculations positives. Serra (1907) et d'autres, auraient pu cultiver le bacille de Ducrey sur des milieux communs. Enfin, la faculté de produire des ulcérations ayant les caractères cliniques du chancre mou n'appartiendrait pas exclusivement au bacille de Ducrey, mais aussi à d'autres variétés microbiennes.

Dans le but d'élucider ces points controversés, J. a institué une série d'expériences portant sur les caractères morphologiques, culturaux, et inoculations. Sans entrer dans le détail de ces travaux, donnons les conclusions auxquelles ils ont permis d'aboutir :

1. Parmi les germes dont se compose la flore des ulcères simples, seul le streptobacille possède un pouvoir ulcérogène.

2. Le bacille de Ducrey joue un rôle très important, spécifique, dans la pathogénie du chancre mou.

3. Les autres germes ne possèdent aucun pouvoir ulcérogène, ils exercent seulement une action pyogène et peuvent ainsi modifier, aggraver, l'évolution du chancre mou.

4. Ces germes semblent aussi, par leur symbiose avec le bacille de Ducrey, en favoriser l'inoculation et en exalter la virulence.

5. Parmi les microbes de cette flore associée, l'auteur n'a jamais pu mettre en évidence la présence des bacilles soi-disant *simili-Ducrey*, tels que ceux décrits par Luxardo, Miyhara et Cartia. Mais, il a observé une fois, au cours de ses expériences, qu'une souche de *proteus*, isolée sur des chancres mous, en association avec le bacille de Ducrey, subissait des modifications et prenait des caractères très voisins de ceux du bacille décrit par Cartia. De sorte que le bacille de Cartia n'est peut-être qu'une forme anormale de proteus. Du reste, d'après J. les caractères morphologiques et culturaux ont moins d'importance que l'épreuve du pouvoir pathogène pour identifier le bacille de Ducrey. Enfin, les expériences instituées par J. ne lui ont pas permis de confirmer la possibilité de cultiver le streptobacille sur des milieux communs. Seuls, les milieux au sang se sont montrés favorables.

En un mot, ces recherches ont confirmé les notions restées classiques depuis la découverte de Ducrey et les travaux de Besançon, Griffon et Le Sourd.

BELGODERE.

Sporotrichose cutanée, par Francesco LONGO. *Archivio italiano Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. V, fasc. 4, p. 384, 1 fig. Bibliographie.

Observation, chez un homme de 63 ans, d'un cas de lésions sporotrichosiques qui siégeaient sur le dos de la main et qui étaient remar-

quables par leur polymorphisme, car il y avait association et juxtaposition de macules, d'infiltration, d'ulcérations tuberculoïdes et de végétations papillomateuses. On pouvait penser à la tuberculose, à la syphilis : élimination de ces deux diagnostics. Au microscope : éléments ovoïdes, rares, mais nets, du sporotrichum de de Beurmann-Gougerot. Les cultures furent négatives. Le traitement ioduré, général et local, amena la guérison en quelques semaines, ce qui vint encore confirmer le diagnostic.

Ces lésions s'étaient développées à la suite d'une éraflure par une pointe de fil de fer d'une cage à poules. L'éraflure se cicatrisa, puis un mois après, les lésions sporotrichosiques se développèrent.

Quant à l'origine du parasite, l'auteur se demande s'il ne vivait pas en saprophyte sur les poules, ou bien s'il ne pouvait provenir de rosiers, qui se trouvaient à proximité de la cage. BELGODERE.

Recherches mycologiques dans la province de Rome, par Eugénio TARANTELLI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. V, fasc. 4, p. 391. Bibliographie.

L'auteur s'est donné comme but de recherches, d'abord de cultiver les hyphomycètes qui causent les trichophyties du cuir chevelu, de la barbe et de la peau glabre, afin d'étudier la flore trichophytique spéciale de la province de Rome, puis d'étudier les parasites du favus, des épidermophyties et des sporotrichoses ; enfin, d'ensemencer même les squames de toutes les dermatoses à desquamation accentuée, même si, cliniquement, rien n'en faisait suspecter la nature parasitaire et si l'examen microscopique était négatif.

Les résultats ont été soumis au contrôle des Professeurs Bosellini, Pollacci et Sabouraud.

Pour le premier groupe de recherches, il résulte que, dans la province de Rome, à l'heure actuelle, les trichophytons qui prédominent dans la teigne tondante des enfants sont : le *violaceum*, l'*acuminatum* et le *paracratériforme*. Mais l'*acuminatum* figure seulement quatre fois dans les trichophyties du cuir chevelu, alors que le cérébriforme fut rencontré plus souvent. Le *rosaceum*, le *glabrum*, l'*ombilicatum*, n'ont jamais été rencontrés, ce qui prouve tout au moins qu'ils sont rares.

Pour le deuxième groupe : *favus*, 19 o/o des cas de trichophytie ; *microsporie* : 1 seul cas (on sait que cette affection, fréquente en France, est très rare en Italie, sauf dans la province de Milan). *Épidermophytie* : l'épidermophyton inguinal a été rencontré dans les quatre cas observés. *Sporotrichose* : deux cas de s. lymphangitique avec Sporotrichum de de Beurmann.

Pour le troisième groupe : il a découvert le *cryptococcus interdigitalis* chez trois femmes atteintes de la dermite interdigitale de Ciarrochi ; le *scopulariopsis brevicaule* dans une onychomycose, enfin l'*actinomyces bovis* dans quatre cas : un cas de dermite squameuse sèche du visage chez un enfant ; dans les squames d'un enfant atteint de

trichophytie due au *violaceum* ; dans les squames d'un enfant atteint de trichophytie, mais chez lequel on trouvait aussi un *Cladosporium*, un *Dematium* et un *Hormodendron* ; enfin, chez un palefrenier atteint d'une dermatose très prurigineuse, on trouva l'*actinomyces* associé à l'*hormodendron*.

T. ne peut affirmer que les parasites rencontrés dans ces cas aient joué un rôle pathogène ; l'actinomyces notamment est très répandu dans la nature et il peut se rencontrer à l'état de saprophyte sur des lésions dans lesquelles il n'a joué aucun rôle pathogène. Mais il peut aussi, par association avec d'autres micro-organismes (pyogènes) acquérir un pouvoir pathogène qu'il ne pourrait développer seul. Cette question demande à être approfondie. BELGODERE.

Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Nouvelles recherches sur les processus déshydrogénisants dans la peau soumise à des excitants physiques et chimiques, par BERTACCINI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 1, février 1930, p. 3.

L'auteur a poursuivi sur cette question ses travaux qui ont déjà fait ici l'objet d'une analyse à laquelle on se reportera pour éviter les redites (voir le numéro de janvier 1930, page 132). Dans cette nouvelle série, il a recherché les variations des processus déshydrogénisants dans quatre types d'expériences :

1. Après irradiation ultra-violette à la dose érythème, 48 heures et plus après l'irradiation (dans la première série, B. n'avait pas dépassé 36 heures).

2. Après irradiation Rœntgen (dose érythème-homme et double érythème-homme, doses qui sont sous-érythémateuses et sous-alopéciantes pour la peau du lapin).

3. Après badigeonnage à l'essence de térébenthine.

4. Après badigeonnage à l'huile de croton.

Résultats :

1. Les rayons ultra-violets à dose érythème, après 48 heures et plus, ne donnent pas de modifications constantes sur les processus déshydrogénisants de la peau, les résultats observés ont été contradictoires, et, de toute manière les variations en plus ou en moins tellement faibles qu'il semble bien que l'on doive considérer comme nulle l'action des ultra-violets.

2. Les rayons Rœntgen à dose érythème-homme ne provoquent pas des modifications constantes des processus déshydrogénisants dans la peau du lapin.

3. Les rayons X, à la dose « double érythème-homme » provoquent une inhibition des processus déshydrogénisants nette et constante, et cela bien qu'ils ne provoquent sur la peau du lapin aucune altération apparente.

4. Les badigeonnages avec l'essence de térébenthine, s'ils sont légers et sans modifications macroscopiques de la peau, provoquent tout d'abord une *légère augmentation*, puis, ultérieurement, *une nette inhibition*, des processus déshydrogénisants, cette dernière ne se produisant que lorsque la réaction cutanée dépasse la simple hyperémie pour aboutir à l'œdème.

5. Les badigeonnages avec l'huile de croton ont abouti aux mêmes résultats.

Les recherches n'ont pu porter dans cette nouvelle série d'expériences que sur la peau du lapin, vu la résistance (assez compréhensible) que l'on rencontre de la part des malades, à se laisser enlever des morceaux de peau saine. BELGODERE.

Les processus déshydrogénisants dans la peau en rapport avec la pigmentation, par NARDUCCI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 1, février 1930, p. 19. Bibliographie.

Élève du Professeur Bertaccini, l'auteur a étudié les processus déshydrogénisants de la peau au point de vue spécial de la pigmentation. On sait, d'après les recherches de Bruno Bloch, qu'une solution de dioxyphénylamine (par abréviation *dopa*), à une concentration d'hydrogénions déterminée, provoque une coloration noire dans les mélanoblastes. Ce fait serait dû à un ferment, la dopa oxydase, qui oxyde la dopa avec formation d'une substance noire semblable à la mélanine naturelle. Cette fonction pigmentogène aurait son siège dans les cellules de la couche basale de l'épiderme et manquerait chez les animaux albinos et sur les plaques de vitiligo. Il était donc intéressant de rechercher les altérations métaboliques de la peau en relation avec les variations pigmentaires au moyen de la méthode de déshydrogénation proposée par Lipschütz (pour les principes de cette méthode, voir l'analyse précédente et celle du travail de Bertaccini, janvier 1930, p. 132).

N. a pratiqué ces recherches sur peau humaine (3 cas) sur peau de cobaye blanc-noir (11 cas), blanc-noir-jaune (6 cas), blanc-jaune (3 cas).

Dans la peau noire des cobayes, il a constaté des processus d'oxydation plus intenses que dans la peau blanche.

Dans la peau jaune, processus d'oxydation moins intenses que dans la peau noire, mais aussi, ce qui est moins facile à comprendre, moins intenses que dans la peau blanche.

La conclusion de ces recherches, c'est qu'il n'existe pas de rapports constants, dont on puisse tirer des déductions certaines, entre le processus d'oxydation et la pigmentation.

L'intensité des processus déshydrogénisants de la peau paraît subir d'autres influences plus accentuées que celle de la pigmentation, des influences régionales notamment, et, tout particulièrement, l'*épaisseur* de la peau semble jouer un rôle plus important à ce point de vue que la pigmentation. BELGODERE.

Recherches sur l'activité enzymatique de la catalase du sang dans quelques dermatoses, par Vittorio Leigheb. *Giornale italiano di Dermatologia. e Sifilologia*, fasc. 1, février 1930, p. 27. Bibliographie.

La catalase est le ferment qui a la propriété de scinder le peroxyde d'hydrogène, en mettant en liberté de l'eau et de l'hydrogène moléculaire. Il en existe de nombreuses variétés, très répandues dans la nature dans les différents tissus animaux et végétaux, et cette grande diffusion permet de soupçonner l'importance de leur rôle physiologique.

La première partie de ce travail est consacrée à une revue générale de la riche littérature qu'ont suscitée dans les divers pays les recherches sur les catalases.

La deuxième partie est la relation des recherches personnelles entreprises par L., pour étudier les variations de l'activité enzymatique de la catalase du sang dans quelques dermatoses.

Ces recherches nécessitent une technique méticuleuse dont nous ne pouvons résumer les détails.

Les résultats obtenus par L. lui ont donné l'impression qu'il n'existe pas de relation directe entre les dermatoses et l'activité catalasique du sang ; les modifications de cette activité qu'il a pu constater lui ont plutôt semblé être en rapport avec les conditions générales qui sont l'apanage des dermatoses. Par exemple, un de ses malades atteint de pityriasis rosé était aussi un hyperthyroïdien avec métabolisme accéléré, et on ne peut donc pas attribuer les modifications de l'activité catalasique à cette dermatose, à moins que l'on n'arrive à démontrer que le pityriasis rosé est plus fréquent chez les sujets qui ont cette constitution. De même, l'activité enzymatique catalasique du sang s'est montrée accentuée dans la pelade, mais, n'est-il pas admissible que cette activité soit exaltée chez des sujets déprimés, neurasthéniques, comme le sont habituellement les peladiques.

Chez les eczémateux, les variations observées peuvent de même être rapportées à l'agitation, au prurit, à la résorption dans le courant circulatoire de produits de désintégration cellulaire cutanée, et cela est d'autant plus vraisemblable que l'activité catalasique va en décroissant, des formes eczématiques aiguës aux formes subaiguës.

Belgodere.

Sur la sécrétion de la sueur dans quelques dermatoses et dans les états inflammatoires expérimentaux, par Alessandro Ferrari. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 1, février 1930, p. 58, 1 fig Bibliographie.

Parl et Garbi ont récemment établi, par des recherches expérimentales que, dans le psoriasis, il y avait arrêt de la sécrétion sudorale, et ils ont tiré de ce fait des déductions pathogéniques *en faveur de la théorie nerveuse du psoriasis.*

F. a institué une série d'expériences de contrôle en utilisant la technique de Minor, par l'empois d'amidon (badigeonnage de la peau avec la

solution : iode, 15 ; huile de ricin, 100 ; alcool, 900 ; l'alcool s'évapore et on saupoudre avec de l'amidon, celui-ci se colorant en bleu par l'iode au contact de l'eau, révèle ainsi la sécrétion sudorale).

Les expériences ont porté : 1° sur les plaques psoriasiques ; 2° sur les lésions d'autres dermatoses inflammatoires ; 3° sur les lésions inflammatoires provoquées expérimentalement (par les rayons ultra-violets, par les injections intradermiques d'eucalyptus).

Résultats : 1er groupe : absence complète de sudation ; 2e groupe : absence fréquente ; 3e groupe : absence complète.

Ces résultats montrent donc que l'inhibition de la sueur n'est pas due à une altération nerveuse primitive qui serait la cause commune des diverses dermatoses prises comme sujet d'étude ; cette inhibition doit bien être attribuée au processus inflammatoire, puisqu'on l'observe sur les zones inflammatoires provoquées artificiellement.

D'autre part, ce n'est pas à l'hyperémie qui accompagne le processus inflammatoire que l'on doit attribuer l'inhibition sudorale, car, sur les zones érythémateuses provoquées par la morphine, l'histamine, l'adrénaline, les mêmes expériences n'ont pas révélé d'arrêt de la sécrétion sudorale.

Par quel mécanisme alors s'exerce l'action inhibitrice de la sudation par le processus inflammatoire ?

F. discute les diverses hypothèses : occlusion du conduit excréteur ; altération anatomique des glandes sudoripares ; obstacle mécanique dû à la compression par l'œdème.

Il réfute ces diverses interprétations et pense que la seule explication acceptable est celle d'un mécanisme nerveux. Mais le problème est très difficile à résoudre, étant donné l'incertitude où nous sommes sur la physiologie nerveuse de la sécrétion sudorale, question très controversée. Un bon argument en faveur d'un mécanisme nerveux, c'est que, dans ses expériences, F. a constaté que l'arrêt de la sécrétion ne se produisait pas seulement sur la zone inflammatoire, mais aussi sur un halo périphérique de peau saine. D'autre part, il a constaté que la sécrétion sudorale arrêtée pouvait être réveillée par des injections locales de pilocarpine et que, à son tour, cette action de la pilocarpine pouvait être entravée par l'adrénaline, injectée aussi localement. Se basant sur ces diverses expériences, F. conclut que l'arrêt de la sécrétion sudorale dans le psoriasis et les dermatoses inflammatoires serait occasionné par un réflexe inhibiteur ayant pour point de départ les zones inflammatoires (action nerveuse *réflexe*, donc, et non *directe*, comme dans la théorie de Parl). BELGODERE.

Recherches sur la filtrabilité d'un bacille de Koch isolé de lésions tuberculeuses cutanées, par Eugénio TARANTELLI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 1, février 1930, p. 71. Bibliographie.

Des recherches récentes ont révolutionné des notions jusqu'alors classiques sur le bacille de Koch. Les travaux, notamment de l'école fran-

çaise ont fait connaître les formes *granuleuses*, les formes *filamenteuses visibles* et enfin les formes *invisibles*, ou ultravirus, ces deux dernières *filtrables* et traversant les bougies de porcelaine.

T. a pensé qu'il serait intéressant de rechercher la présence de ces formes filtrantes sur les cultures d'un bacille isolé d'une lésion *cutanée*, soit un lupus vulgaire de la face, à forme gommeuse. Il a effectué dans ce but cinq séries d'expériences de filtration (Chamberland L 1-3, pression — 60) sur des cultures d'âge différent. Avec les filtrats, il a inoculé 10 cobayes, ceux-ci ont été sacrifiés à des époques diverses et ont servi en outre à faire un et parfois deux passages. En outre, au cours de ces expériences, les animaux inoculés ont été contrôlés par l'intradermo-réaction tuberculinique, par la déviation du complément de Besredka, par la réaction de Vernes à la résorcine.

Ces animaux ont été autopsiés et soumis à des recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques susceptibles de révéler des formes acido-résistantes.

Les résultats suivants ont été constatés :

1. Sur les cobayes inoculés directement avec le filtrat, et sur les animaux de passage, présence constante d'altérations des ganglions péribronchiques et de la rate, mais non susceptibles de fournir une donnée précise relativement à la présence de l'ultravirus.

2. Parfois, on a constaté la présence sur les coupes de ganglions et de moelle, de bâtonnets et de corpuscules acido-résistants, parfois aussi une réaction tuberculinique positive. Mais on ne peut attribuer à ces résultats, d'ailleurs inconstants, qu'une valeur très relative, car ils ne se sont pas confirmés par les autres épreuves sérologiques. La réaction de Vernes a toujours été négative, et celle de Besredka très faiblement positive. Une seule fois, le filtrat d'émulsion bacillaire a donné en culture des colonies typiques de bacilles de Koch. T. discute la valeur de ce cas unique qui ne lui paraît pas avoir une valeur démonstrative certaine.

Aussi conclut-il au résultat *négatif* de ses recherches qui, d'après lui, n'ont pu établir l'existence de l'ultravirus tuberculeux. Il ne conteste pas cependant la valeur des résultats affirmés par l'école française, mais estime simplement que, dans cette question de l'ultravirus tuberculeux, il reste encore beaucoup d'obscurités et de lacunes.

BELGODERE.

Étude d'un sel organique de strontium (première partie : recherches historiques. pharmacologiques. physiologiques et biologiques), par E. CIAMBELLOTTI *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 1, février 1930, p 96. Bibliographie.

Ce copieux mémoire de 40 pages, illustré de nombreux tableaux et graphiques, débute par une revue générale des divers travaux antérieurs sur les applications thérapeutiques des sels de strontium, où apparaissent des notions assez contradictoires, ces sels ayant été consi-

dérés comme toxiques par certains, inoffensifs par d'autres, et ces divergences paraissent tenir non seulement aux questions de doses, mais aussi à ce que beaucoup d'expérimentateurs n'ont pas fait suffisamment le départ entre les réactions occasionnées par le radical acide du sel et celles qui sont dues à l'ion Sr ; et aussi à ce que d'autres ont employé le Sr par voie buccale : or, il détermine en général de graves lésions du tube digestif, qui entraînent de graves perturbations de l'état général, indûment rapportées au Sr.

On a attribué au Sr surtout la propriété d'exciter la prolifération des ostéoblastes, qui ultérieurement, fixeraient le Ca, et ainsi les sels de Sr auraient leur application dans le traitement des ostéopathies (rachitisme, fractures, etc.). Il possède aussi une action sédative sur le système nerveux, et au point de vue dermatologique, divers auteurs et notamment Burnier en ont vanté les bons effets dans le traitement des affections prurigineuses, en l'utilisant en injections intraveineuses.

C. a entrepris des recherches afin de départager les opinions contradictoires au sujet du Sr et pour éviter les causes d'erreur susindiquées, il a employé comparativement, en injections intraveineuses, d'une part, un sel, organique de Ca, le Biocal ,qui est un exosio-oxypropionate de Ca, d'autre part, le sel correspondant de Sr, préparé par la firme Zambelletti, de Milan, sous le nom de 418 Sr. Ainsi les causes d'erreur provenant du radical acide et de l'administration orale peuvent être évitées.

Au point de vue clinique, C. a pu conclure : 1° que le Sr n'agit pas de manière constante et appréciable sur la peau saine du malade ; 2° que, même si le Sr se fixe dans la trame des tissus cutanés, il ne favorise aucunement la fixation du Ca.

Au point de vue expérimental, il a fait appel au concours très autorisé de Comel. Les recherches de cet auteur ont abouti à cette conclusion que l'action élective, spécifique du Sr s'exerce uniquement sur le système nerveux central et sur les troncs nerveux, provoquant de la manière la plus nette un syndrome polynévritique et cérébral. Il ne se fixe pas sur les tissus, il n'a pas d'action sur le tissu osseux. La contradiction avec les notions jusqu'alors admises est comme on le voit absolue (*tout au moins pour ce qui concerne le sel employé 418 Sr*).

Au point de vue biologique, C. a d'abord pratiqué des recherches sur l'hyperglycémie et sur l'hyperuricémie. Avec le 418 Sr, il y a eu, d'une manière générale, augmentation de l'uricémie qui diminue ensuite sous l'action du Biocal ; il s'est produit des résultats variables au point de vue de la glycémie qui augmenta au contraire avec le Biocal. Donc les deux sels ont une action différente et comme leur radical acide est le même, la différence d'action doit donc être bien attribuée à des propriétés différentes des ions Ca et Sr. C. discute les raisons de cette différence et croit qu'on doit l'attribuer à ce que le 418 Sr aurait la propriété d'*élever le seuil d'élimination de l'acide urique* et de pro-

duire dans les tissus des modifications physico-chimiques qui augmenteraient leur tolérance pour les dérivés puriniques.

Par d'autres recherches enfin, il a étudié les modifications de la réserve alcaline. Celle-ci se trouve constamment abaissée sous l'influence des injections de 418 Sr, et cet abaissement est contemporain de l'élévation du taux uricémique ; il doit donc exister un lien entre ces deux faits, mais C. ne peut se prononcer sur la nature de ce lien.

Le métabolisme basal a été également étudié ; les résultats obtenus ne permettent aucune conclusion précise.

Au point de vue de l'action sur le système circulatoire, le 418 Sr n'apporte aucun trouble même minime dans la circulation ; il ne provoque pas d'hypertension soit immédiate, soit médiate à travers des lésions des organes internes ni proche ni éloignée après une longue série d'injections et un traitement prolongé ; il n'a pas d'action toxique sur le rein. BELGODERE.

Sur la valeur diagnostique de la réaction dite « Crise hémoclasique dans la syphilis » de d'Amato (Crise leucopénique), par Carlo PISACANE *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 1, février 1930, p. 141. Bibliographie.

A l'origine, la crise hémoclasique de Widal était considérée seulement comme une perturbation de l'équilibre colloïdal due à la pénétration dans la circulation d'albumoses et de peptones d'origine digestive non retenues par le foie, révélant ainsi une altération fonctionnelle du foie. Par la suite, on a vu qu'elle pouvait être provoquée par beaucoup d'autres stimulants ou antigènes, et elle a reçu des applications beaucoup plus variées et peut-être même excessives. En outre, comme la manifestation la plus constante et la plus facile à mettre en évidence de cette crise hémoclasique est la leucopénie, on a eu de plus en plus tendance à se borner à la numération des leucocytes, et beaucoup d'auteurs désignent sous le nom de crise hémoclasique ce qui devrait être appelé en réalité : *crise leucopénique*. Parmi les diverses applications proposées, un intérêt particulier s'attache aux recherches de d'Amato : au moyen d'injections parentérales ou endoveineuses de médicaments spécifiques (Hg, Bi, arsénobenzols), il a constaté l'apparition d'une crise leucopénique, et d'après lui, il y aurait dans cette réaction un moyen de diagnostic très sensible, pouvant permettre de dépister la syphilis même quand les réactions sérologiques sont négatives.

Déjà, divers auteurs, dont P. passe en revue les travaux, ont entrepris des recherches de contrôle et leurs conclusions sont contradictoires, les uns confirmant, les autres contestant les conclusions de d'Amato. L'auteur a entrepris, à son tour, de vérifier la valeur de cette réaction leucopénique. Technique : numération des leucocytes à jeun, injection du produit spécifique (1-2 centigrammes de Biiodure Hg, ou Bi intramusculaire, ou 0,15 de néosalvarsan intraveineux), seconde numération des leucocytes une demi-heure après l'injection.

Quatre séries d'expériences : 1° 100 cas de syphilis certaine aux diverses périodes ; 2° 20 cas de sujets certainement non syphilitiques ; 3° recherches comparatives entre la crise leucopénique et la crise hémoclasique vraie ; 4° comportement des leucocytes chez des sujets syphilitiques ou non syphilitiques, à la suite d'injection intraveineuse de solution physiologique.

D'après les résultats de ses recherches, l'auteur conclut que, bien que la crise leucopénique soit en effet fréquente chez les luétiques, on ne peut pas lui attribuer une valeur spécifique parce que : elle manque souvent même chez les syphilitiques ; il n'est pas rare de l'observer même chez des non-syphilitiques ; elle peut être provoquée aussi par injection de médicaments non spécifiques. Elle est en outre beaucoup moins sensible que les moyens d'investigation habituels (Bordet-Wassermann, M. T. R., etc.), car elle manque parfois chez des syphilitiques avec manifestations en activité.

En tout cas, le terme de crise hémoclasique est impropre, car les autres éléments de cette crise font le plus souvent défaut. Il faut dire seulement *crise leucopénique*. Quel en est le mécanisme ? Probablement, d'après P., un déséquilibre humoral passager, dû à l'introduction des médicaments, déséquilibre dont les variations leucocytaires seraient le test. BELGODERE.

Les réactions sérodiagnostiques pour la syphilis exécutées systématiquement sur les prostituées des maisons de tolérance, par F CALDERONE *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 1, février 1930, p. 171.

L'auteur insiste sur l'insuffisance du simple examen clinique comme mesure de police sanitaire pour la surveillance des prostituées, et, à l'appui de cette opinion, il rapporte un cas de contagion observé dans son service de Messine où deux hommes furent contaminés par une prostituée qui était passée à travers les mailles du filet protecteur, parce que l'examen n'avait permis de constater chez elle aucune lésion. Mais elle avait une réaction de Bordet-Wassermann nettement positive.

Il rappelle d'ailleurs que les recherches faites par divers auteurs et notamment en France, en particulier celles de Bizard, ont montré que, par la réaction de Bordet-Wassermann pratiquée systématiquement, on révélait chez des prostituées en apparence indemnes, de nombreux cas de syphilis ignorée ou dissimulée.

A son tour, C. a entrepris, sur les prostituées de Messine, des recherches analogues, dans le but de se rendre compte si les examens sérologiques permettraient de se faire une opinion plus exacte et plus précise de la diffusion de la syphilis, que la simple visite habituelle.

Sur 300 femmes examinées, 218 ont été dépistées comme atteintes de syphilis, soit 73 o/o. Sur ces 218, il y en avait 172 qui se savaient atteintes, et 128 qui ignoraient ou feignaient d'ignorer. Dans le premier groupe (celles qui savaient), réactions positives : 48 o/o, bien que

certaines aient suivi des traitements satisfaisants. Dans le deuxième groupe (celles qui ne savaient pas), réactions positives : 35 o/o.

Il fait remarquer que ces proportions sont plus fortes que celles trouvées par Bizard, et attribue ce fait à la différence de milieu. C. se fait en effet des prostituées parisiennes une opinion vraiment flatteuse : haute conscience professionnelle, éducation hygiénique très poussée, etc. (merci pour les prostituées parisiennes). Il conclut qu'on peut se demander (ce qu'on ne se demande plus à Paris) s'il ne serait pas opportun d'adjoindre, aux habituelles recherches purement cliniques, des recherches sérologiques, systématiques sur les prostituées des maisons de tolérance. BELGODERE.

A propos de deux cas de syphilis osseuse de diagnostic difficile et résistant aux traitements habituels, par Giuseppe ROTOLO. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* fasc. 1, février 1930, p. 189, 5 fig.

Difficultés fréquentes du diagnostic de la syphilis osseuse. Rapide étude anatomo-pathologique et clinique et discussion du diagnostic, qui se pose avec l'ostéosarcome, la tuberculose osseuse et l'ostéomyélite chronique. Caractères radiologiques, qui ne sont pas toujours très typiques. A l'appui de cette étude, l'auteur rapporte deux cas de syphilis osseuse observés, l'un chez un hérédo, l'autre chez un syphilitique acquis. Ces deux malades avaient des lésions osseuses anciennes qui avaient fait déjà l'objet d'interventions chirurgicales. Chez l'un, la réaction de Bordet-Wassermann était positive ; chez l'autre, elle était négative. Les anamnestiques et les caractères des lésions firent soupçonner la syphilis et le traitement spécifique fut institué par les moyens habituels (Hg, Bi, arsénobenzol) sans résultats bien satisfaisants. Si bien que R. eut l'idée de soumettre les malades au traitement de Pollini, grâce auquel il obtint une réparation complète et rapide des lésions. Le remède de Pollini est une antique formule, en partie secrète, mais à base de décoction de salsepareille, transmise par héritage dans la famille du Dr Pollini, et qui depuis le XVIIIe siècle s'est répandue dans le monde entier. Ce remède passe pour avoir une efficacité particulière dans le traitement de la syphilis osseuse. BELGODERE.

L'œdème (Leçon tenue au Cours de spécialité de dermatologie), par COMEL. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* fasc. 1, février 1930, p. 198. Bibliographie.

Suite de la série des leçons déjà précédemment analysées. L'étude de l'œdème, importante pour la médecine générale, ne l'est pas moins pour le dermatologiste : la formation des pomphi, vésicules, bulles, phlyctènes, ainsi que celle de l'anasarque, sont des problèmes d'un haut intérêt. C., parmi les théories proposées, donne la préférence à la théorie physico-chimique de Fischer, d'après laquelle ce sont les colloïdes, et l'état dans lequel se trouvent ces colloïdes qui déterminent la quantité d'eau contenue dans une cellule. Mais il faut aussi faire

mention de la *théorie de la membrane* (Pfeffer et de Vries) qui admet l'hypothèse d'une membrane enveloppante de la cellule, cette membrane laissant passer les liquides, soit de dedans en dehors, soit de dehors en dedans, suivant les différences de pression osmotique interne ou externe. C. discute et rejette cette théorie.

Une autre hypothèse est celle de la *membrane lipinique* : les substances perméables sont celles qui sont solubles dans les graisses et les substances lipiniques ; elles pénètrent ainsi dans la cellule grâce à cette solubilité. Réfutation de cette théorie, qui n'explique pas notamment la pénétration de l'eau.

La *théorie physico-chimique* admet que la cellule est constituée par un mélange de colloïdes de diverse nature : protéines, fibrine, lipine, hydrates de carbone colloïdaux qui ont chacun leurs propriétés particulières et leurs affinités propres pour des substances très diverses. Ainsi les tissus possèdent, vis-à-vis des solutions acides ou alcalines, des propriétés d'absorption remarquables, que la pression osmotique ne suffirait pas à expliquer. Bright avait proposé la *théorie hydrémique* : le plasma du sang hydrémique traverserait plus facilement les parois vasculaires. Cohnheim et Lichtheim la *théorie de la pression*, qui expliquait la transsudation liquide à travers la paroi par élévation de la pression du sang. Loeb a imaginé la théorie *de la pression osmotique du contenu cellulaire.*

Toutes ces théories, d'après C., ne peuvent prévaloir contre celle de Fischer, qui se résume par cet aphorisme : *la cause de l'œdème siège dans les tissus.* Ceux-ci développent l'œdème par suite d'altérations déterminées dont ils sont le siège et qui les rendent aptes à absorber l'eau de toute source qui se trouve à leur portée. Une de ces conditions, et peut-être la plus importante, est la *formation d'acides.* Dans les expériences *in vitro*, en effet, il a été démontré que la capacité d'absorption de l'eau par les colloïdes augmente si on les immerge dans des solutions acides. Cette exaltation du pouvoir absorbant de l'eau pourrait être provoquée aussi par d'autres substances, notamment l'urée, la pyridine et aussi par des modifications dans la constitution des colloïdes eux-mêmes.

C. passe en revue divers états pathologiques qui s'accompagnent d'œdème et montre qu'ils aboutissent tous à une accumulation dans les tissus de divers acides : acide carbonique, acide lactique, etc.

Il est probable que des processus analogues interviennent dans la production des œdèmes locaux, qui intéressent plus spécialement le dermatologiste. L'œdème des piqûres d'insectes, par exemple, concorde bien avec la théorie, puisque ces piqûres introduisent dans les tissus, souvent de l'acide formique, ou d'autres venins acides.

Nous ne pouvons que donner une idée générale de cette intéressante leçon dont les discussions très serrées ne peuvent être résumées et qu'il convient de lire dans le texte original. BELGODERE.

Diagnostica e Tecnica di Laboratorio (Naples).

Diagnostica e Tecnica di Laboratorio (Naples).

Cette Revue nouvelle, qui nous prie d'annoncer sa publication, et à laquelle nous souhaitons la bienvenue, paraît sous le haut patronage des Professeurs Luigi d'Amato (Naples) et Luigi Zoja (Milan).

Son but est de rassembler tout ce qui se fait dans les principaux laboratoires du monde pour perfectionner le diagnostic scientifique, matériel qui est actuellement disséminé dans une grande quantité de revues.

Ce premier numéro comprend deux articles qui intéressent la spécialité dermato-syphiligraphique. BELGODERE.

La réaction au mastic colloïdal « Lumbotest » et sa valeur pour le diagnostic de la neurolues, par G. EMANUEL et H. ROSENFELD (Berlin). *Diagnostica e Tecnica di Laboratorio*, vol. I, no 1, janvier 1930, p. 1.

L'auteur démontre que la réaction au « Lumbotest » peut être employée comme réaction colloïdal-étalon pour le diagnostic de la syphilis nerveuse, car elle donne de bons résultats dans le diagnostic différentiel entre les différents types morbides, tout en étant d'une technique facile. BELGODERE.

Le phénol alcool dans la réaction de Bordet-Wassermann, par M. SOLLAZZO. *Diagnostica e Tecnica di Laboratorio*, vol. I, no 1, janvier 1930, p. 28.

Ninni et Molinari, étudiant l'action de quelques substances du groupe cyclique (aniline, paraminophénol, hydroquinone, paratoluidine, novarsénobenzol, phénol, etc.), sur le sérum de sang syphilitique, ont trouvé il y a quelques années, qu'une solution de phénol dans l'alcool, à 2 o/o, diluée avant son emploi dans huit parties d'eau physiologique, pouvait être utilisée pour remplacer les extraits lipoïdiques dans la réaction de Bordet-Wassermann.

L'auteur passe en revue tous les travaux qui ont été effectués à ce propos, discutant les bases doctrinales de la méthode proposée. Il conclut en faisant appel à des contrôles nouveaux et plus systématiques à conduire sur une large échelle, et en tenant compte des communications récentes de Ninni et Molinari, qu'il rapporte.

BELGODERE.

Il Dermosifiligrafo (Turin).

Sur un cas de chéloïdes multiples gigantesques, par F. NARDUCCI *Il Dermosifiligrafo*, 3e année, no 3, mars 1930, p. 145, 4 fig.

Chez un sujet atteint de démence précoce, apparition de chéloïdes, du reste antérieures à la psychose, et d'un développement vraiment inusité, au point que l'épithète de « gigantesque » n'est pas exagérée. L'une d'elles barrait transversalement la poitrine dans toute sa largeur, faisant une saillie qui atteignait sur certains points 4 centimètres. Ces

chéloïdes étaient absolument *spontanées* (pas de blessures, pas d'acné antérieure) et remarquables aussi par leur grande dissémination, ainsi que par leur évolution constamment extensive.

Rien dans les anamnestiques qui puisse expliquer l'apparition de cette dermatose : pas de syphilis, pas de tuberculose, pas de dysfonctions endocrines appréciables. Cependant, la psychose s'accompagnait de longue date d'un prurit assez fréquent et assez intense, de sorte qu'il est possible que le traumatisme du grattage, quoique léger, ait pu jouer un rôle étiologique par sa répétition.

L'examen histologique ne révéla rien d'autre que les lésions classiques habituelles des chéloïdes.

Examinant la question pathogénique, l'auteur estime que les chéloïdes doivent se développer sous l'influence de facteurs constitutionnels et biochimiques et il rappelle que trois théories ont été proposées dans ce sens : 1° *Théorie de Freund* : composition chimique anormale des tissus et des sécrétions glandulaires ; 2° *Théorie de Wilms* : activité exagérée des cellules conjonctives du derme ; 3° *Théorie de Warren* : état morbide spécial des parois vasculaires desquelles la prolifération cellulaire prend d'habitude son point de départ.

BELGODERE.

Sur la formule leucocytaire de la peau à la suite d'injections locales de morphine et d'histamine et sur les altérations consécutives du derme, par Pier Angelo MEINERI. *Il Dermosifiligrafo*, 5e année, no 3, mars 1930, p. 157.

Dans un précédent travail, qui a été analysé ici, M. a étudié l'effet des injections intradermiques d'adrénaline et de pilocarpine sur la formule leucocytaire locale du sang, et sur la formule leucocytaire du tissu injecté. Ces expériences ont démontré que tout excitant a le pouvoir de changer dans le sang qui circule au niveau de la peau excitée le rapport leucocytaire ; si l'action excitante est répétée d'une manière prolongée, elle produit dans l'épaisseur de la peau une infiltration des mêmes cellules dont la proportion est augmentée dans le sang. En outre, pour chaque excitant, l'organisme met en mouvement une catégorie de cellules spéciale, fait intéressant, qui peut jeter quelque lumière sur les attributions physiologiques des diverses cellules et sur leur rôle dans la défense de l'organisme.

M. a voulu, dans une nouvelle série d'expériences, employer des excitants dont le mode de réaction macroscopique est différent de celui de l'adrénaline et de la pilocarpine, afin de vérifier si une réaction microscopique différente correspondait à la réaction macroscopique différente.

Il a utilisé cette fois la morphine et l'histamine, substances qui, injectées intradermiquement, provoquent une intense réaction pomphoïde.

Sous l'action de ces deux substances, la formule leucocytaire du sang

dans la peau stimulée change : il y a augmentation des polynucléaires, éosinophiles et des neutrophiles, par rapport avec la formule obtenue dans la peau non excitée. L'augmentation des éosinophiles est, proportionnellement, le double de celle des neutrophiles.

Par l'action prolongée de ces deux substances, le derme s'infiltre d'éléments neutrophiles et surtout d'éosinophiles, en harmonie parfaite avec les modifications du sang.

Ces résultats confirment ceux de la première série d'expériences et en étendent la portée. Ils démontrent encore la spécificité des divers excitants sur les éléments cellulaires, démonstration plus particulièrement facile pour les éléments du sang dont les modifications ne sont que le prélude de celles qui se produisent ultérieurement dans les tissus, si l'excitation se prolonge.

Ils démontrent aussi que, dans les réactions de la peau aux divers excitants, toutes les diverses parties de la peau elle-même entrent en jeu et que la réaction pomphoïde, décrite souvent, ainsi que les autres réactions cutanées, comme une réaction capillaire, n'est pas en réalité limitée aux capillaires seuls, et qu'il n'est pas possible de séparer physiologiquement les capillaires du tissu qu'ils irriguent.

BELGODERE.

Six années de statistique et de prophylaxie des maladies syphilo vénériennes à Turin (1924-1929), par Carlo GALLIA. *Il Dermosifiligrafo*, 5e année, n° 3, mars 1930, p. 173.

L'auteur insiste sur l'utilité de tenir à jour des statistiques exactes et complètes des maladies vénériennes et de les centraliser, seul moyen d'obtenir des données précises sur le mouvement sanitaire vénérien, et d'apprécier les résultats des mesures prophylactiques édictées et d'en étudier le perfectionnement.

Il présente la statistique des infections syphilitiques et vénériennes constatées à Turin dans ces six dernières années. Il expose les perfectionnements apportés à l'organisation des maisons de tolérance et répète une fois de plus le parallèle entre la prostitution clandestine et la prostitution surveillée, tout à l'avantage de cette dernière et déplore que le développement des maisons de tolérance ne soit pas davantage encouragé.

Il étudie l'organisation des Dispensaires antivénériens de la Ville de Turin. Enfin, il publie des statistiques d'où ressortent les résultats suivants : augmentation légère des chancres syphilitiques et de la blennorragie, alors que le nombre total des consultants a au contraire un peu diminué. Les chancres mous ont diminué dans une très forte proportion.

BELGODERE.

Vratchébnaïa Gazéta (Leningrad).

Dermatite professionnelle au cours d'une lévulosurie chronique, par J. Z MATOUSSÉVITCH. *Vratchébnaïa Gazéta*, n° 5, 15 mars 1930, pp. 380-384.

L'auteur rapporte l'observation d'un cas personnel très intéressant. Il s'agit d'un chimiste âgé de 25 ans, originaire d'une famille indemne de maladies cutanées. Il travaille depuis une année à une usine chimique et depuis 4 mois au service de l'acide sulfurique où il manie l'anhydride sulfureux (SO^2). Son affection débute par un prurit et une rougeur des extrémités et de la face. Cette dermite s'améliore et guérit assez rapidement, à plusieurs reprises, dès que le malade cesse son travail avec l'anhydride sulfureux, mais elle récidive s'il le reprend. L'analyse des urines montre la présence de lévulose. D'autres recherches avec administration au malade, à jeun, de galactose, de sucre ordinaire, de dextrose, de sucre de canne, de lévulose, de sucre de raison démontrent que le malade est atteint d'une forme très rare de lévulosurie chronique pure ou fructosurie, c'est-à-dire de trouble du métabolisme hydrocarboné, où l'organisme n'assimile que la lévulose. La cuti-réaction à l'anhydride sulfureux fut positive, à l'anhydride sulfurique négative. Après avoir fait plusieurs séjours à l'hôpital pour dermatite récidivante, le malade quitte le travail de l'anhydride sulfureux, après quoi on n'observe plus durant trois mois de rechute de sa dermatite.

Il s'agit donc d'un malade souffrant de lévulosurie chronique pure, donc d'anomalie constitutionnelle restée à l'état latent qui présentait une peau sensibilisée réagissant par une dermatite professionnelle à l'irritant externe qu'était l'anhydride sulfureux. La période d'incubation de quatre mois montre que la sensibilisation avait bien eu lieu dans ce cas qui se caractérisait par des recrudescences et des accalmies de la dermatite. BERMANN.

LIVRES NOUVEAUX

Poïkilodermie et poïkilodermatomyosite, par A. Petges. *Thèse de Bordeaux,* 1930, 253 p. (18 fig.).

Poïkilos veut dire : bigarré, soit, en latin, *variegatus*. Unna a décrit une *parakeratosis variegata*. Jacobi a heureusement nommé poïkilodermie la dermatose qui avait été antérieurement signalée par G. Petges et Cléjat. A. Petges a repris en détail l'étude du syndrome inauguré par son père, et il en a fait une étude complète appuyée sur la reproduction et l'analyse de 53 observations. On pourra partir de ce travail considérable et solidement établi pour toutes les recherches qui seront consacrées ultérieurement à ce sujet. A. P. distingue deux grandes variétés : une cutanée, une cutanéo-musculaire. Essentiellement l'état poïkilodermique est constitué par un érythème télangiectasique, pigmenté, disposé en réseau avec des taches de sclérose blanche atrophique dermo-épidermique, le tout à début plus ou moins prurigineux.

Si la poïkilodermie reste superficielle, cutanée, elle peut être réticulée, pigmentaire (type Civatte), ou généralisée plus rouge, plus télangiectasique (type Jacobi). Ni anatomiquement, ni même cliniquement, il n'est encore possible de constituer le type Civatte en entité clinique incontestable. Le type Jacobi est moins ambigu : mais, autant que j'ai pu le soupçonner dans un cas personnel, mal étudié d'ailleurs, on peut encore se demander s'il ne représente pas le terme d'une évolution anatomique à origine variable.

Le type poïkilodermatomyosite (originel de Petges) semble beaucoup plus solidement caractérisé. En résumé, en l'état actuel des choses, et de la lecture de A. Petges, on peut conclure que l'on a affaire à des « états poïkilodermiques » dont l'unité possède à peu près la valeur des états sclérodermiques.

Il est bien désirable qu'à l'avenir on se reporte à cette thèse avant de publier des cas de poïkilodermie. Le diagnostic ne doit pas être porté à la légère, et l'affection vraie est rare.

Exemple : on présentait récemment un cas de poïkilodermie à la Société dermatologique argentine. Baliña fit observer qu'il s'agissait très probablement d'une ancienne séborrhéide qui avait subi un traitement radiothérapique.

L'excellent travail d'A. Petges évitera de pareilles confusions.

Ch. Audry.

Du sarco-lupus-pernio, par J. Fabre. *Thèse de Toulouse*, 1930, 174 p., 9 fig.

Bonne revue de la question à ce jour, appuyée sur le texte de 79 obs. dont une personnelle. Fabre a pu compléter l'obs. de Chatellier : l'inoculation au cobaye a fourni des résultats positifs au second terme de la série. Il pense, en conséquence que, comme dans les sarcoïdes, les formes non bacillaires du microbe de la tuberculose jouent probablement un rôle dans l'étiologie de la maladie qu'il a étudiée longuement.

La lecture de ce travail bien documenté, et clairement rédigé épargnera beaucoup de travail à ceux qui voudront désormais étudier le lupus, ou mieux, le sarco-lupus pernio. Ch. Audry.

La d'Arsonvalisation directe (diathermie) dans le traitement de la blennorragie, par P. E Roucayrol, 1 volume de 251 pages Vigot éditeur, Paris, 1929, préface du professeur d'Arsonval

L'on sait le rôle sans cesse croissant que jouent les courants de haute fréquence en thérapeutique. Grâce à la découverte du professeur d'Arsonval il est devenu possible d'élever au degré voulu la température des tissus qu'on leur fait traverser : aussi le docteur Roucayrol eut-il, dès 1910, l'idée de chauffer les régions infectées par le gonocoque en faisant intervenir ces courants si spéciaux. Le gonocoque ne résistant pas, en étuve, à des températures de 39° il devenait facile de le détruire en portant les tissus à une température voisine de 45°, laquelle serait sans danger pour eux, puisque les albumines inertes ne coagulent qu'à 55° et les albumines vivantes à une température bien plus élevée C'est à cette époque que guidé et encouragé par le professeur d'Arsonval, l'auteur créa la technique fort ingénieuse qu'il n'a cessé de perfectionner. Elle est actuellement bien mise au point, aussi a-t-il jugé le moment favorable pour l'exposer, parallèlement aux résultats, dans le volume qu'il nous présente aujourd'hui. Dans une série de chapitres purement techniques il montre ce que sont les courants de haute fréquence, décrit la technique et l'appareillage spéciaux qu'il a réalisés ; puis il en expose les applications au traitement de la blennorragie chez l'homme et chez la femme et termine par l'exposé des résultats vraiment remarquables obtenus par cette méthode.

Le mérite de M. Roucayrol est de l'avoir créée ; comme toute œuvre nouvelle intéressante elle a fait l'objet de critiques et d'objections mais son succès sans cesse croissant leur a déjà répondu. J'ai souvent l'occasion d'en constater les heureux résultats aussi je ne saurais trop recommander la lecture de ce livre si personnel à tous ceux qui s'intéressent à cette maladie si fréquente qu'est la blennorragie. P. Ravaut.

Aide-mémoire de syphiligraphie comparée et de thérapeutique, par R. Bernard, 3e édition, Lefrançois, dépositaire, Paris, prix 25 fr

L'auteur s'est efforcé de rendre aussi objective et schématique que possible l'étude de la syphilis et l'exposé des notions indispensables à tout étudiant et à tout médecin. Il y a réussi en faisant alterner au milieu d un

texte très concis, des tableaux synoptiques avec des résumés très courts concernant chaque forme de syphilis, le tout émaillé d'un certain nombre d'aphorismes frappant l'attention du lecteur.

Cette façon originale de présenter la syphilis est beaucoup moins monotone que celle d'un traité, facile à consulter ; les deux précédentes éditions en ont marqué le succès et sans aucun doute cette troisième, bien mise au point, suivra la même voie. P. RAVAUT.

Contribution à l'étude du Tricophyton gypseum granulosum, par R. GLASER. *Thèse de Strasbourg*, 1929, 1 vol. de 84 p. Les Editions Universitaires, Strasbourg.

En 1922 le Professeur Pautrier eut l'occasion d'observer à Strasbourg une épidémie de 100 cas d'épidermophytie généralisée due au *Tricophyton granulosum*, et l'on se souvient des beaux mémoires qui relataient ses observations. Ce tricophyton normalement pyogène a donné d'abord à Strasbourg une épidémie de tricophytie sèche. Sous la direction du Professeur Pautrier, G. s'est attaché à l'étude de ce germe. Les caractères mycologiques observés sur le germe provenant du cheval sont les mêmes que ceux que présente le germe provenant de l'homme. Ces lésions chez l'homme sont tantôt sèches pouvant réaliser des types cliniques différents, généralisé, à type de parakératoses psoriasiformes, et pouvant simuler l'épidermophytie inguinale, tantôt purulentes formant des kérions. Il n'existe aucune différence mycologique entre les souches ayant donné lieu à des lésions superficielles et celles ayant créé des lésions purulentes. Un germe dont la virulence a été exaltée par des passages successifs ne donne pas lieu à une variété de lésions plutôt qu'à l'autre. Les différences anatomiques des diverses régions du corps n'ont aucune influence sur la variété des lésions. Pour G. la constitution individuelle paraît jouer un rôle accessoire, mais le germe possède un facteur que nous ne connaissons pas et qui lui aussi, détermine la variété de la lésion. Ce facteur paraît s'exalter en même temps que la virulence par des passages successifs.

Il a semblé à G. que les lésions purulentes dénotent en général un parasite plus près de son origine animale qu'une lésion sèche. Il se propose de rechercher si les lésions superficielles ne seraient pas dues à un « type humain », les lésions profondes à un « type animal » du même tricophyton. H. RABEAU.

Traitement des maladies de la peau et des organes sexuels avec un diagnostic abrégé (Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten mit kurzer Diagnostik), par E. HOFFMANN, 1930, 320 p. et 46 fig. Ed. Marcus, Berlin.

Cinquième édition de cet excellent petit livre où Erich Hoffmann a rassemblé sous la forme la plus concise une masse considérable des renseignements les plus utiles au dermato-vénéréologiste. Depuis le dosage et la mensuration des rayons X jusqu'à la loi allemande contre les mala-

dies vénériennes, tout s'y trouve. Grâce à la disposition typographique, on se retrouve assez facilement dans un texte compact. Il n'y a pas, présentement, de meilleur aide-mémoire. Il semble qu'il doive rendre plus de services au médecin achevé et au spécialiste qu'à l'étudiant débutant ; c'est heureusement beaucoup plus qu'un livre élémentaire ; je ne le donnerai pas à mon interne ; je le garderai sur ma table, et il me rendra beaucoup de services. Un seul desideratum, pour l'étranger. Beaucoup de médicaments sont désignés par leur nom de « spécialité » allemande ; il serait désirable qu'une note ou un appendice joigne à ces dénominations la définition chimique de chacun de ces médicaments : nous serions bien mieux à même d'en comprendre les indications. Ch. Audry.

Travaux de la Chaire de Dermatologie et de Syphiligraphie, par J. S. Covisa, 1928-1929, vol. III. Université de Madrid. Faculté de médecine. Establissement typografico San Bernardo, 92. Madrid, 249 p.

Après quelques brèves indications statistiques, qui témoignent de l'activité des services cliniques et des laboratoires de la chaire, on trouve réunis les principaux travaux qui ont fait l'objet de publications diverses et que nous avons analysés en leur temps.

L'ouvrage, luxueusement édité, est illustré par de nombreuses reproductions photographiques. J. Margarot.

Le traitement des maladies de la peau (El tratamiento de las enfermedades de la piel), par Sainz de Aja. *Monografias medicas labor*, Editorial labor, Barcelone, Madrid, Buenos-Aires, 1930, 152 p.

L'auteur publie dans la collection des monographies médicales « Labor » les conférences qu'il a faites au Cours préparatoire de Dermatologie. Ce ne sont pas toutes les affections cutanées qu'il prétend étudier. pas même les plus curieuses, mais uniquement celles qui s'observent dans la pratique courante.

Il se limite au traitement de 14 dermatoses, mais chacune d'elles fait l'objet d'une mise au point très complète. Une large place est faite aux acquisitions les plus récentes de la thérapeutique dermatologique.

L'ouvrage est destiné aux praticiens de la médecine générale, mais les dermatologistes tireront maint profit de sa lecture. J. Margarot.

Traitement des processus ulcéreux et en particulier des ulcères variqueux au moyen de la lame de plomb (Tratamiento de los procesos ulcerosos, por varices en particular, por medio de la lámina de plomo), par Eduardo Ledo Dunipe. *Thèse de Doctorat.* Université centrale. Faculté de médecine, 1926.

L'ulcère, nettoyé et asséché avec deux compresses de gaze stérile, est recouvert très exactement par une lame de plomb, découpée suivant la forme de la perte de substance de manière à la déborder légèrement. L'adaptation doit être aussi parfaite que possible, particulièrement au niveau des bords.

Le pansement, complété par l'application de coton et d'une bande de toile, est renouvelé toutes les 24 heures.

250 observations autorisent l'auteur à conclure que cette méthode de traitement lui paraît la plus efficace de toutes celles qui ont été proposées pour les processus ulcéreux. J. MARGAROT.

NOUVELLES

La Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, au cours de son Assemblée Générale extraordinaire du 12 juin 1930, a rétabli sur la liste des correspondants étrangers les membres dont les noms suivent :

MM. Prof. BUSCHKE (Berlin), Dr DJELALLEDIN MOUKTAR (Constantinople), Prof. FINGER (Vienne), Prof. JADASSOHN (Breslau), Dr EFSTRATIOU (Smyrne), Dr IZZET KIAMIL (Constantinople), Dr LUISIDI (Smyrne), Prof. NEKAM (Budapest), Prof. RILLE (Vienne), Prof. OSCAR ROSENTHAL (Berlin), Prof. TÖRÖK (Budapest), Dr TOUTON (Wiesbaden), Dr HARALAMB (Roumanie).

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.



TRAVAUX ORIGINAUX

DU TRAITEMENT PAR LES PÂTES ÉPILATOIRES DES MYCOSES INTERDIGITALES CHRONIQUES

Par R. SABOURAUD

Jusqu'aux vingt dernières années, l'eczéma hyperkératosique des orteils étant catalogué *eczéma*, fut traité comme tel, par des prescriptions de régime illusoires et des médicaments locaux sans action.

Ses lésions, terriblement tenaces, car on les voit se reproduire sur le même sujet pendant une série d'années, peuvent guérir de temps à autre, plus ou moins spontanément. Chez certains, elles ne se reproduisent que l'été, mais chez beaucoup d'autres, elles sont perpétuelles, et s'atténuent par moments sans disparaître ; en général, le froid en diminue les manifestations, et la chaleur les exagère.

Tant que nous n'avons pas eu de notions plus claires sur l'origine de telles lésions, notre thérapeutique ne pouvait être plus directe et plus active. Quand nos opinions étiologiques se sont éclaircies, lorsque nous avons montré que ces eczémas étaient des mycoses, et que par conséquent le traitement des mycoses leur devait être appliqué, on put croire que nos résultats thérapeutiques allaient être triomphants.

Mais d'abord, cette notion nouvelle, comme toutes, n'a pas fait son chemin toute seule, et je me rappelle un dermatologiste éminent qui m'objectait encore, il y a peu d'années, la longue durée de ces maladies, pour refuser de croire à leur origine mycosique. Maintenant l'accord est fait, l'eczéma hyperkératosique interdigital est bien — et dans tous les cas — une mycose analogue aux teignes cryptogamiques, et elle en offre la résistance aux agents thérapeutiques les plus divers.

Dès que l'origine mycosique de ces lésions fut démontrée, le trai-

tement qu'on leur appliqua par l'alcool plus ou moins fortement iodé donna des résultats évidents, mais plus apparents que réels, en ce sens que les améliorations obtenues ne tiennent pas. Dès que le traitement est interrompu, la maladie reparaît, et dix fois pour une, quand le malade se croit guéri, il ne l'est pas.

Ici comme ailleurs, les causes de cette longévité des mycoses restent les mêmes ; c'est parce que le parasite ne peut être atteint par nos agents thérapeutiques, que la maladie continne. Sous la peau de l'avant-pied, région où l'épaisseur de la lame cornée est considérable, sous cette cuirasse qui empêche la pénétration du médicament, le parasite foisonne et continue de pulluler. Le problème des teignes reste donc partout le même. Partout on en pourrait tuer le parasite sans difficulté, la difficulté est de le joindre, ce qui oblige, pour chaque localisation à user de moyens (et je dirais de subterfuges) différents.

Ainsi donc nos traitements ordinaires des mycoses qui réussissent très bien dans l'herpès circiné banal, parce qu'ici le parasite est facile à joindre, ne nous donnent plus la même satisfaction quand on les applique à des régions dont l'épiderme corné est épais. Il est fréquent de rencontrer des patients atteints de cette détestable maladie depuis trois ans, depuis cinq ans et davantage. J'achève d'en traiter un qui traîne depuis quinze ans sa dermatose, sans guérison. Je sais bien que quelques rares cas de cette affection guérissent assez vite et quelquefois même sans récidives ; mais c'est de beaucoup le petit nombre.

Il y a, semble-t-il, des contrées où la guérison de ces mycoses serait plus facile, si l'on en juge par les observations publiées. Mais d'abord je voudrais bien être sûr que depuis les guérisons supposées l'auteur n'a pas enregistré de récidives, car chez nous, elles sont de règle. En outre, il est à remarquer que six ou sept parasites différents peuvent être l'origine de mycoses semblables, et que l'un d'eux, l'Epidermophyton de Priestley, de beaucoup le plus fréquent en France, est celui dont les lésions sont de beaucoup les plus tenaces. Il est encore assez facile de guérir une mycose interdigitale des pieds, causée par l'*Epidermophyton inguinale*, à culture poudreuse jaune. Il est bien plus difficile d'obtenir le même résultat quand il s'agit du parasite de Priestley à culture blanche. Je ne suis pas certain d'avoir guéri complètement et sans récidives un seul cas des

mycoses interdigitales que ce parasite détermine. En conséquence et depuis longtemps, je cherchais à corriger nos méthodes thérapeutiques usuelles sans parvenir à de meilleurs résultats. Après chaque pansement : abstersion des squames par raclage, ponçage, etc..., application d'alcool iodé au 1/20, on observe une réelle amélioration. Cent fois on croira ainsi qu'on progresse vers la guérison. Mais entre chaque intervention de ce genre, pratiquée par le médecin, l'infirmier ou le malade, d'énormes squames d'un blanc nacré se reproduiront entre les orteils, et sous elles, le parasite continue sa pullulation en toute liberté. En somme, il est presque aussi impossible de l'atteindre que d'atteindre un trichophyton dans la racine d'un cheveu resté en place, au cuir chevelu.

* * *

Ce n'est qu'après bien des réflexions et des tentatives stériles que j'ai trouvé la voie à suivre, lorsque l'idée m'est venue, bien simple pourtant, de me servir de pâtes épilatoires pour la cure de cette affection.

La corne qui fait le cheveu et celle qui fait le revêtement superficiel de l'épiderme sont de même nature. Les pâtes de sulfures alcalins qui dissolvent le cheveu, dissolvent donc à peu près de même la couche kératinisée de l'épiderme, et nous avons tous vu des jeunes filles qui en cherchant à faire disparaître par ce moyen le duvet de leur lèvre se sont brûlé la peau, provoquant sur place des lésions d'eczéma traumatique ; c'est d'ailleurs la crainte de cette complication qui a rendu prudents mes premiers essais. Ayant combiné mon plan d'action, j'attendis pour l'essayer de revoir un de mes malades, celui qui traînait depuis 1912, une épidermomycose interdigitale des pieds, malade fort intelligent d'ailleurs et fort désireux de guérir, on le comprend !

Je lui conseillai donc l'application d'une pâte épilatoire, et lui prescrivis de l'appliquer à doses croissantes et pendant un temps de plus en plus long, jusqu'à la destruction des couches épidermiques superposées, l'invitant à ne s'arrêter que s'il provoquait ainsi une irritation artificielle.

J'avais prescrit le dépilatoire Brisson, poudre de sulfure de baryum, je crois, qu'on délaie dans un peu d'eau, jusqu'à constituer

une boue que le malade appliquait tous les deux soirs après un bain de pied assez long, destiné à ramollir au préalable l'épiderme corné infiltré de parasites.

C'est ce malade qui réalisa sous ma direction mes premières expériences, en revenant me montrer de temps à autre ce qui advenait. Or ce qui advint fut excellent, si bien que tous mes malades atteints de la même affection sont aujourd'hui traités de même et avec les mêmes bons résultats. Le hasard a voulu sans doute que je n'aie pas vu jusqu'ici une seule des eczématisations artificielles que je redoutais au début. C'est un incident qui ne pourra pourtant manquer de se produire, mais déjà il me paraît qu'il ne sera pas fréquent.

Je dois exposer maintenant la technique préconisée et suivie. Le malade prend un bain de pied très chaud et un peu long, après quoi, il dépose entre les orteils malades et au-dessous d'eux, une couche épaisse d'une pâte molle faite par lui-même en délayant la poudre épilatoire avec de la glycérine. La glycérine me semble ici très importante, parce que nos premières pâtes faites avec de l'eau séchaient sur place et après dix minutes n'agissaient plus, tandis que la glycérine, ne séchant pas, maintient la pâte active beaucoup plus longtemps.

Or il est arrivé en plusieurs cas que cette boue sulfureuse a dû être conservée sur place une demi-heure. Alors, ou bien l'opérateur devait l'arroser d'eau, par gouttes, toutes les cinq minutes, ou bien à deux reprises, il était obligé d'enlever la pâte sèche et de la remplacer par de la pâte fraîche, complications désagréables que l'emploi de la glycérine, en place de l'eau, a supprimées.

Les premières applications trop prudentes de pâte épilatoire durèrent dix minutes seulement, et déjà les lésions en furent sensiblement détergées, pas assez pourtant. En la plupart des cas les applications durèrent vingt et vingt-cinq minutes, quelques-unes durent être poussées jusqu'à quarante et quarante-cinq minutes; il me semble d'ailleurs que l'œil du médecin doive très vite acquérir la notion de temps probable de l'application, d'après le degré d'hyperkératose de la lésion. La moyenne du temps de séjour de la pâte paraît devoir être de vingt minutes, et les applications de quarante-cinq minutes n'ont été faites, sans incident d'ailleurs, que dans les cas où la plante de l'avant-pied était prise et sur cette région seulement.

Après cette application, on lave à grande eau, et on applique largement, par friction, une couche de teinture d'iode diluée de moitié alcool. Cette application sera renouvelée tous les soirs, tandis que l'application de la pâte épilatoire ne le sera que tous les deux jours seulement. Notez d'ailleurs que les sulfures alcalins sont fortement antiseptiques par eux-mêmes, peut-être pourraient-ils suffire, à eux tout seuls, à la destruction du parasite; je n'ai pas encore osé tenter l'aventure.

La premier résultat obtenu est la détersion progressive des lésions. Autrefois, il y fallait deux ou trois fois par semaine, un infirmier travaillant à la curette et aux ciseaux, pour décortiquer l'épiderme hyperkératosé, ouvrir les vésicules situées au pourtour de la lésion. Encore ce résultat ne pouvait-il être obtenu que par un infirmier très bien dressé à percevoir les moindres vésicules « entre cuir et chair », et les ouvrir une par une. Avec le procédé que j'indique tout cela se fait automatiquement. Bientôt l'épiderme détergé reparaît sain et reprend son aspect normal, et ce résultat est obtenu en quelques séances, un mois et demi dans le plus mauvais de mes cas.

Peut-être se trouvera-t-on bien de suivre la règle que j'ai suivie moi-même, et de prescrire l'application de la pâte seulement pendant dix minutes. Chaque fois le patient augmentera de cinq minutes le temps de l'application jusqu'à l'obtention du bon résultat. Je répète qu'il a fallu des applications tous les deux jours de quarante-cinq minutes, à la région de l'avant-pied, pour parvenir à la guérison.

Certains malades préféreront une pâte dépilatoire toute préparée, il en existe dans le commerce, et elles ont l'avantage de sentir moins mauvais, étant faites avec de la glycérine anhydre. C'est peut-être à ces pâtes qu'il faudra par la suite donner la préférence. J'en poursuis les essais en ce moment. J'ai pensé néanmoins devoir publier sans tarder mes premières recherches étant désormais assuré de leurs résultats, et pensant que des essais divers, autres que les miens pourront suggérer un procédé de guérison encore plus parfait et plus rapide.

*
* *

Il est tout à fait intéressant de remarquer ce fait, que dans tous

les cas de mycoses cutanées, le problème se pose semblablement, et que la seule difficulté soit de joindre le parasite là où il se cache, car dans ses lésions superficielles il est toujours facile à détruire. Au cuir chevelu, aucun médicament ne pouvant pénétrer dans la profondeur du follicule pileux, on est obligé de provoquer une épilation spontanée par les rayons X.

Aux ongles les onychomycoses ne peuvent être détruites que par l'évidement des parties malades avec une fraise perforatrice de dentiste suivant les techniques que j'ai indiquées récemment (*La Clinique*, mars 1930, A, p. 83).

De même ici, dans les mycoses des épidermes cornés épais, où le parasite est défendu par l'hyperkératose qu'il provoque, alors, il faut dissoudre les lames cornées qui le protègent au moyen de pâtes épilatoires.

Partout le problème restait le même, mais en chaque région, il ne pouvait être résolu que par des artifices de technique très différents.

LE TRAITEMENT DE L'ORCHI-ÉPIDIDYMITE BLENNORHAGIQUE PAR LE SÉRUM ANTIMÉNINGOCOCCIQUE

Par L. LORTAT-JACOB et BUCQUOY

La notion du traitement des complications génitales de la blennorrhagie par la sérothérapie antiméningococcique n'est pas un fait nouveau.

Plusieurs auteurs ont rapporté en effet quelques observations de malades traités avec succès par cette méthode et Schmutz en particulier consacrait en 1913 sa thèse à ce sujet.

Frappés depuis longtemps par l'action incontestable de cette thérapeutique que nous employons pour ainsi dire systématiquement depuis longtemps, nous nous sommes efforcés de l'expérimenter sur une plus grande échelle. En quelques mois nous avons pu réunir une trentaine d'observations de malades atteints d'orchi-épididymite gonococcique chez lesquels nous avons pratiqué soit la sérothérapie antiméningococcique soit d'autres méthodes thérapeutiques dans un but comparatif.

Ce sont les conclusions de cette étude que nous voudrions tenter de résumer ici.

Historique. — L'action du sérum antiméningococcique dans les affections de nature gonococcique semble avoir été notée pour la première fois en 1909 par Pissavy et Chauvet qui relatent l'histoire de deux cas de rhumatisme blennorrhagique traités avec succès par des injections de sérum antiméningococcique.

Les auteurs roumains, en particulier Strominger, Moscou et Heresco rapportent au Congrès de l'Association Française d'Urologie à Paris en novembre 1910 plusieurs cas d'arthrites et même de septicémies gonococciques guéries par ce même traitement.

C'est en se basant sur ces différents faits que Heitz-Boyer le pre-

mier en 1912 s'efforce d'expérimenter ce traitement chez les malades atteints d'orchi-épididymite blennorrhagique qu'il a l'occasion d'observer à l'hôpital Ricord. Dans une courte note parue dans la *Presse médicale* du 28 septembre 1912 il signale les résultats très encourageants obtenus dans une vingtaine de cas consécutifs : il insiste en particulier sur un phénomène incontestable et sur lequel nous aurons nous-mêmes l'occasion de revenir : l'action extrêmement rapide du sérum sur le facteur *douleur*.

L'année suivante son élève Schmutz consacre sa thèse à ce sujet. Cet auteur conseille l'injection intramusculaire de 20 centimètres cubes de sérum antiméningococcique de l'Institut Pasteur, cette dose pouvant au besoin être répétée à intervalles de cinq à six jours dans les cas rebelles. Nous relatons à dessein cette posologie car de notre côté cette injection unique nous a paru être dans tous les cas absolument insuffisante.

Malgré l'intérêt de ce travail il ne semble pas que cette méthode ait été fréquemment adoptée car pendant une dizaine d'années on ne trouve dans la littérature médicale aucune nouvelle observation à ce sujet.

En 1923 cependant Minet et Debains dans le rapport sur l' « Etat actuel de la vaccinothérapie et de la sérothérapie dans la gonococcie » qu'ils présentent à l'Association Française d'Urologie signalent les cas précédents mais ajoutent par contre que Asch a obtenu des résultats inconstants, la marche de l'épididymite n'étant pas sensiblement modifiée.

Tel est le résumé des faits concernant une méthode trop rarement employée : les résultats constants qu'elle nous a donnés nous ont incités à les rappeler en indiquant la technique qui nous a paru être la plus efficace.

Indications. — Il importe de préciser tout d'abord que nos observations portent uniquement sur les *manifestations orchitiques et épididymaires* de la blennorrhagie : peut-être l'action du sérum peut-elle également se faire sentir sur les autres localisations génitales (déférentite, vésiculite ou prostatite). Il s'agit là de complications plus rares, strictement du domaine urologique, et qui de ce fait ne pourraient être traitées et jugées avec fruit que dans les services spécialisés. Aussi dès maintenant les écartons-nous volontai-

rement de cette étude, nous cantonnant uniquement dans le domaine orchi-épididymaire.

D'autre part il faut noter également que le traitement par la sérothérapie antiméningococcique est strictement réservé aux *complications* de la blennorrhagie : dans certains cas, nous avons observé il est vrai, une diminution notable de l'écoulement mais il s'agit vraisemblablement là que d'une simple coïncidence à laquelle en tous cas nous ne voulons attacher aucune importance : dès que la poussée inflammatoire épididymo-testiculaire aura été calmée le malade doit retourner vers l'urologiste qui traitera les séquelles uréthrales.

Ceci posé, dans quels cas faudra-t-il recourir à la sérothérapie antiméningococcique ? D'une façon générale on peut répondre que la majorité des malades bénéficieront du traitement.

Il est toutefois une catégorie de sujets chez lesquels la sérothérapie est vouée à un échec certain : ce sont les malades atteints de lésions orchi-épididymaires très anciennes ou chroniques : les épididymes indurés, les testicules légèrement augmentés de volume, sièges de douleurs subaiguës ou périodiques ne bénéficieront nullement de cette thérapeutique : il serait absolument inutile de leur faire courir le risque d'accidents sériques pénibles avec l'espoir d'une amélioration tout à fait problématique.

Ce groupe de malades ayant été écarté on peut dire que tous les malades porteurs de lésions épididymaires, orchitiques avec ou sans hydrocèle bénéficieront toujours de la sérothérapie et ceci d'une façon d'autant plus manifeste que la lésion sera *plus récente et plus aiguë*. Cela est un fait constant que l'on retrouvera dans les observations que nous relaterons tout à l'heure : il met cette méthode à l'abri des critiques qui pourraient être formulées car il nous a été démontré impossible d'admettre que le seul repos chez un malade atteint d'orchi-épididymite aiguë avec douleurs violentes et insomnie entraîne à lui seul au bout de 24 heures seulement l'amélioration pour ainsi dire subite que nous avons coutume d'observer.

Technique. — Pour mettre en évidence de la façon la plus manifeste l'action du sérum nous avons supprimé systématiquement toute autre thérapeutique : le pansement ouaté avec ou sans planchette, l'application de pansement chaud ou de pansement au collargol, l'emploi d'analgésiques deviennent en effet absolument inutiles.

Les phénomènes douloureux dans les formes aiguës sont tellement intenses qu'il semble utile de laisser le malade au repos complet au lit, mais comme nous le verrons cette immobilisation ne sera que de courte durée. Pendant toute la durée du traitement le malade restera au régime lacté ou lacto-végétarien : on s'efforcera surtout de veiller au bon fonctionnement de son intestin.

La sérothérapie antiméningococcique se fera par voie intramusculaire quotidiennement pendant quatre jours consécutifs :

Le premier jour	on injectera.	40	centimètres cubes
Le second jour	—	30	—
Le troisième jour	—	20	—
Le quatrième jour	—	20	—

Telles sont les doses qui semblent nécessaires mais suffisantes : en effet la prolongation de la sérothérapie n'apporte pas d'amélioration plus complète ; mais par contre un traitement écourté et constitué simplement par deux ou trois injections nous a donné, dans les cas où nous l'avons tenté, des résultats bien moins satisfaisants.

On voit qu'à ce point de vue la posologie à laquelle nous nous sommes arrêtés diffère notablement de celle préconisée par Schmutz en 1913 : cet auteur, en effet, pratiquait une seule injection de 20 centimètres cubes qu'il renouvelait le cas échéant 3 ou 4 jours plus tard. Faut-il voir dans ce fait une manifestation de moindre efficacité du sérum actuel, identique à celle qui a été relatée vis-à-vis de la méningite cérébro-spinale ? C'est là une simple constatation à laquelle nous ne voulons pas attacher une inutile importance.

Quoi qu'il en soit les injections de sérum ont toujours été parfaitement tolérées chez tous nos malades : la douleur locale est habituellement insignifiante la résorption se faisant normalement : la courbe thermique n'est pas influencée et dans aucun cas nous n'avons observé de phénomènes de shock. C'est là un point important sur lequel il semble nécessaire d'insister : l'amélioration va en effet survenir sans que le malade ait ressenti le moindre malaise, sans que l'on puisse noter le moindre crochet thermique, ou l'apparition de phénomènes urticariens.

Et pourtant l'amélioration survient avec une remarquable rapidité puisque douze heures environ après la première injection le malade éprouve un soulagement réel. C'est en effet, comme l'avait signalé

Heitz-Boyer, le facteur douleur qui est le plus rapidement influencé. Lorsque l'injection de sérum a été pratiquée au cours de la matinée on peut espérer que le malade passera une meilleure nuit : les douleurs violentes et irradiées vers la région périnéale et lombaire, la sensation si pénible de tension, de brûlures qui caractérisent l'orchi-épididymite à sa période aiguë ont brusquement régressé et ont permis déjà au malade de se reposer.

Parallèlement à l'élément douleur les manifestations locales s'amendent avec une égale rapidité. La tuméfaction, l'œdème, la fluxion locale rendant la veille toute exploration impossible se sont suffisamment atténués pour permettre un examen du testicule de l'épididyme et de la vaginale.

Ces résultats heureux vont se confirmer dans les heures et les jours qui vont suivre et dans l'immense majorité des cas au bout du quatrième jour de traitement le malade est complètement transformé : les douleurs spontanées ont totalement disparu ; localement l'amélioration est aussi caractéristique ; l'œdème a fondu et seul l'épididyme reste légèrement douloureux à la pression : certes il ne faut pas espérer lui voir reprendre en si peu de temps son volume habituel mais il semble que dans les cas où le malade a été traité dès le début la longue période d'épididymite chronique a pu être évitée au malade et la restitution *ad integrum* pour ainsi dire complètement réalisée.

Telle est l'évolution de l'orchi-épididymite sous l'influence de la sérothérapie antiméningococcique : action extrêmement rapide sur la douleur et sur la tuméfaction à tel point que les malades peuvent se lever dès le quatrième ou cinquième jour : nous ne les avons jamais conservés plus d'une semaine à l'hôpital.

Voici par exemple, choisies entre beaucoup d'autres, deux observations typiques :

I. — M. C., âgé de 25 ans.

Ecoulement blennorrhagique apparu le 4 janvier. Pas de traitement.

Le 18 janvier le malade éprouve de violentes douleurs au niveau des bourses, rendant la marche absolument impossible.

Le 19 janvier le malade entre à l'hôpital.

Blennorrhagie évidente.

Orchi-épididymite bilatérale.

La palpation est pour ainsi dire impossible.

Les bourses sont volumineuses, la peau est rouge et tendue.

Température 38°3.

Première injection de 40 centimètres cubes de sérum le 19 janvier : le malade éprouve un soulagement manifeste, les symptômes locaux se sont amendés.

Dès la quatrième injection le malade se lève : l'épididyme est légèrement douloureux et augmenté de volume.

L'écoulement blennorrhagique ne s'est pas modifié.

Le malade quitte le service le 26 janvier.

II. — B. A., âgé de 18 ans.

Apparition de l'écoulement blennorrhagique le 8 janvier.

Traitement par des pilules de bleu de méthylène et des lavages au permanganate.

Le 28 janvier le malade éprouve de violentes douleurs au niveau des bourses.

Orchi-épididymite gauche manifeste.

Température 38°.

Première injection de 40 centimètres cubes de sérum antiméningococcique le 28 janvier, le malade a pu dormir, les symptômes locaux sont légèrement atténués.

Température 37°8.

Deuxième injection le 29 janvier : 30 centimètres cubes.

L'amélioration s'est nettement accentuée.

Les douleurs spontanées sont pour ainsi dire nulles.

La palpation est devenue possible.

Température 37°5.

Les troisième et quatrième injections de 20 centimètres cubes sont suivies d'une amélioration telle que le malade quitte le service dès le 2 février.

Ces deux observations concernent des malades ayant présenté des formes très aiguës mais qui ont pu être traitées dès le début : comme on a pu se rendre compte l'action heureuse de la sérothérapie s'est fait sentir avec une remarquable rapidité. Aussi ne saurait-on trop insister sur l'importance d'un traitement aussi *précoce que possible*, ceci non seulement dans le but d'éviter au malade une longue période de douleurs et d'immobilisation mais aussi de le soustraire à la sclérose épididymo-testiculaire et au besoin à la stérilité qui peut en être la conséquence.

Néanmoins le traitement de l'orchi-épididymite sera constitué et avec succès même dans les formes aiguës, évoluant déjà depuis plusieurs jours malgré des tentatives thérapeutiques suivies : l'observation suivante en fait foi.

D. S. B., âgé de 23 ans.

Blennorrhagie apparue le 10 janvier.

Traitement par les lavages avec la solution permanganatée et par l'absorption d'arhéol.

L'écoulement disparaît presque complètement le 20 janvier.

Vers le 25 janvier, atteinte de l'épididyme droit.

Le malade s'alite, applique des pansements humides et chauds sans constater la moindre amélioration : et bientôt d'ailleurs l'épididyme du côté gauche est pris à son tour.

Le malade absorbe divers analgésiques et ne se décide à entrer à l'hôpital que le 5 février.

Le traitement n'est donc mis en œuvre que douze jours après le début des manifestations cliniques.

La première injection de 40 centimètres cubes de sérum antiméningococcique n'entraîne pas d'amélioration notable. Il faut attendre le troisième jour pour constater une sédation importante des phénomènes douloureux. Mais à partir de ce moment l'amélioration se précise avec le rythme habituel et le malade quitte l'hôpital au bout de dix jours.

On voit donc que la sérothérapie pourra donner des résultats heureux, quoique moins rapides, dans les formes subaiguës et tardives : l'indication essentielle est l'existence de l'élément fluxionnaire car c'est sur cet élément que le sérum agit d'une façon presque élective. Rappelons encore en effet que les épididymites chroniques même douloureuses ne bénéficieront en rien de cette thérapeutique : toutes les fois où nous l'avons tentée dans ces circonstances l'échec a été absolu.

Comme nous l'avons déjà signalé *la dose totale de 110 centimètres cubes* de sérum répartie en quatre injections semble indispensable : toutes les fois où nous avons voulu la réduire les résultats ont été incomplets et la reprise de la sérothérapie étant devenue nécessaire l'évolution s'est trouvée de ce fait extrêmement prolongée.

Tel est le cas du malade suivant :

H. M., 22 ans.

Orchi-épididymite droite ayant débuté le 27 janvier six semaines environ après l'uréthrite.

Le traitement est commencé le 8 février.

Le malade reçoit une injection de 20 centimètres cubes et une deuxième injection de 20 centimètres cubes.

Peu ou pas de sédation des phénomènes douloureux.

Le testicule reste volumineux, extrêmement douloureux à la palpation :

l'insomnie persiste. Cependant vers le troisième jour le malade semble moins souffrir et la fluxion locale commence à s'atténuer. Cette amélioration s'accentue encore pendant 24 heures mais dans l'ensemble les résultats sont loin d'être aussi satisfaisants que dans les cas où le sérum a été injecté à doses plus élevées.

Devant ce demi échec la sérothérapie est reprise à raison de trois injections de 40 centimètres cubes, 30 centimètres cubes et 20 centimètres cubes qui cette fois ont raison définitivement de la douleur et de la fluxion dans les délais habituels.

Le malade ne peut sortir de l'hôpital qu'après un séjour de quatorze jours.

C'est pourquoi il semble nécessaire d'adopter, quels que soient les cas particuliers, la dose de 110 centimètres cubes si l'on veut obtenir dans un minimum de temps des résultats heureux : ceux-ci sont presque constants, bien que cependant, il faut le reconnaître, un échec quoique exceptionnel est cependant possible. Nous l'avons observé chez un seul de nos malades.

D. Z., 39 ans.

Début brusque le 25 février par des phénomènes douloureux siégeant au niveau de l'épididyme et du testicule droit.

Entré le 28 février à l'hôpital le malade présente une orchi-épididymite droite indiscutable.

Le sérum est injecté aux doses habituelles et cependant l'amélioration habituellement observée ne se produit pas. Les phénomènes douloureux persistent et on ne note vraiment aucune modification importante au point de vue local.

Le malade reste dans un état stationnaire pendant une dizaine de jours, date à laquelle il quitte le service.

Nous avions posé chez le malade le diagnostic d'orchi-épididymite blennorrhagique en raison de la brusquerie du début et de la coexistence d'un écoulement blennorrhagique chronique séquelle d'une gonococcie déjà très ancienne. Mais peut-être d'ailleurs, avant de considérer ce cas comme un échec certain, y aurait-il lieu de se demander si la blennorrhagie était réellement en cause en ce qui concerne les manifestations orchi-épididymaires : le malade ayant été perdu de vue nous regrettons de ne pouvoir avoir un avis ferme à ce sujet.

Jusqu'à présent nous n'avons pas fait mention des accidents sériques : certes ils sont tout aussi fréquents au cours de la sérothé-

rapie antiméningococcique qu'au cours de toutes les autres sérothérapies. Mais et c'est là un fait dont nous sommes convaincus, ils ne semblent entrer nullement en ligne de compte dans l'évolution de l'orchite. Dans tous les cas observés l'injection de sérum n'a été marquée dans les jours immédiats par aucun phénomène de shock : les malades n'ont jamais éprouvé le moindre malaise et la température n'a jamais dépassé 37°5. Or, comme nous l'avons vu, l'amélioration survient immédiatement, bien avant l'apparition des phénomènes sériques, lorsque ceux-ci se produisent. La plupart de nos malades quittant le service dès le 5e ou 6e jour nous n'avons pas eu l'occasion d'observer fréquemment ces phénomènes sériques et nous avons lieu de penser ou bien qu'ils ne se sont pas produits, ou bien qu'ils ont été trop légers pour inquiéter le sujet. Quelques-uns de nos malades sont d'ailleurs venus nous consulter vers le 9e ou le 10e jour pour des accidents urticariens d'origine sérique : nous avons pu constater à cette occasion que la guérison de leur orchi-épididymite était bien réelle et s'était confirmée.

Nous pensons donc que ce n'est pas par une action de shock qu'il faut expliquer l'action heureuse de la sérothérapie antiméningococcique dans le traitement de l'orchi-épididymite blennorrhagique.

Avant d'ailleurs d'insister sur ce point et pour en terminer avec la clinique nous voudrions dire un simple mot de l'action du sérum sur l'écoulement blennorrhagique lui-même.

Chez tous nos malades nous avons systématiquement suspendu pendant toute la période d'hospitalisation le traitement uréthral habituel : chez certains d'entre eux nous avons pu voir l'écoulement diminuer considérablement dans les jours qui ont suivi la sérothérapie.

C'est là un fait que nous rapportons simplement sans vouloir lui donner aucune valeur spéciale sachant bien que la diminution spontanée de l'écoulement est assez fréquente dès le début des complications orchi-épididymaires de la blennorrhagie.

Ayant acquis la certitude de l'efficacité du sérum antiméningococcique comme l'avaient déjà signalé Heitz-Boyer et Schmutz nous nous sommes demandés si l'emploi d'autres sérums n'entraînerait pas les mêmes résultats et la première notion qu'il semblait indispensable d'acquérir était de savoir si l'amélioration observée

n'était pas tout simplement due, malgré l'absence de phénomènes de shock clinique, à l'introduction dans l'organisme d'un albumine hétérogène.

Dans ce but nous avons eu recours à l'Hémostyl Roussel.

Le dosage (1) par pesée a montré que :

L'Hémostyl contenait 69 gr. 20 d'albumine totale par litre.

Le sérum antiméningococcique : 77,87, c'est-à-dire des chiffres qui pratiquement peuvent être considérés comme identiques.

Or dans les deux ou trois cas où nous avons traité nos malades par l'Hémostyl voici ce que nous avons observé :

Dès le 2e ou 3e jour apparition de phénomènes sériques extrêmement violents : urticaire généralisée, température à 39°, prurit intense et même vomissements.

Par contre aucune amélioration locale : bien plus, l'œdème dû aux phénomènes urticariens gagnant les bourses entraînait une recrudescence des douleurs de telle sorte que dans l'ensemble le malade était, sans aucun profit ultérieur, nettement aggravé par cette thérapeutique.

Devant de tels faits on est naturellement amené à conclure que la sérothérapie n'agit pas par l'élément albumine mais par un élément d'ordre tout à fait différent : et c'est ainsi que nous avons été conduits à envisager le *facteur antitoxique*.

Or le sérum antiméningococcique n'étant pas du point de vue bactériologique strictement spécifique il y avait lieu de se demander si un sérum antitoxique quelconque n'était pas susceptible d'avoir la même heureuse influence que le sérum antiméningococcique.

Dans ce but nous nous sommes adressés au sérum antidiphtérique.

Nos malades ont été traités avec la posologie et le rythme habituel et les résultats obtenus ont été très médiocres : il a fallu attendre la fin de la première semaine pour noter une amélioration réelle alors que nos malades voisins traités par le sérum antiméningococcique étaient considérablement soulagés dès le 3e jour. L'importance du délai nécessaire dans le cas de sérothérapie diphtérique rend cette thérapeutique quelque peu illusoire car une objection se présente immédiatement : le repos au lit d'un malade atteint d'orchite blen-

(1) Dosages effectués par M. Bernou, interne en pharmacie du service.

norrhagique est à lui seul suffisant au bout d'une semaine pour entraîner une amélioration importante. Aussi estimons-nous impossible de considérer comme réelle l'action d'une thérapeutique agissant de cette façon et dans ces limites. En un mot la sérothérapie antidiphtérique peut être considérée comme un échec.

Puisque ce n'est ni par l'élément albumine, ni par l'élément antitoxique banal que semble agir la sérothérapie antiméningococcique une dernière question restait à résoudre : pourquoi ne pas admettre tout simplement l'action spécifique du sérum et surtout pourquoi ne pas recourir comme cela paraît logique à la sérothérapie antigonococcique : c'est la dernière expérience à laquelle nous nous sommes livrés.

Nous avons traité quelques malades avec le sérum antigonococcique de l'Institut Pasteur et dans tous les cas les résultats ont été médiocres : dans l'ensemble on peut dire qu'ils ont été comparables à ceux que nous avons obtenus par l'emploi du sérum antidiphtérique : c'est-à-dire que l'amélioration est survenue dans un délai tel que l'on ne peut vraiment plus parler de procédé réellement efficace.

Aussi aboutissons-nous à cette conclusion basée sur des faits expérimentaux évidents que seul le sérum antiméningococcique agit avec une efficacité remarquable dans le traitement de l'orchi-épididymite blennorrhagique.

Est-il possible de tenter une explication de cette action?

Certes, les affinités sont grandes du point de vue morphologique et biologique entre le gonocoque de Neisser et le coccus de Weichselbaum.

Le professeur Widal l'avait déjà remarqué en 1907 à la Société Médicale des Hôpitaux au cours de la discussion d'une communication de Pissavy et Stévenin.

On sait en effet que l'identité du gonocoque et du méningocoque est telle qu'en 1904 Pinto de Coimbre soutenait qu'il n'y avait pas lieu de les différencier.

Depuis lors Dopter et R. Koch ont prouvé que malgré leur parenté très proche, il s'agissait réellement de deux microbes différents ayant leur individualité propre.

Cette frappante analogie morphologique entre le gonocoque et le méningocoque se retrouve de même dans le domaine sérologique :

le sérum antiméningococcique possède en effet des agglutinines pour le méningocoque, mais il est susceptible également d'agglutiner le gonocoque. Il en est de même pour le sérum antigonococcique.

On peut en conclure qu'il existe des cobactériolysines c'est-à-dire en ce qui concerne le sérum antiméningococcique des agglutinines spécifiques pour le méningocoque et des agglutinines non spécifiques pour le gonocoque.

Ainsi peut s'expliquer l'efficacité de la sérothérapie antiméningococcique dans les affections de nature blennorrhagique.

Mais pourquoi cependant l'utilisation du sérum antigonococcique lui-même apportant à l'organisme des agglutinines spécifiques est-elle suivie de résultats moins heureux ?

C'est là un problème auquel nous ne pouvons apporter actuellement une réponse précise.

Notre but était d'ailleurs avant tout d'apporter ici des faits en faveur d'une méthode qu'il nous a paru intéressant de préciser en raison des succès constants qu'elle nous a toujours donnés.

BIBLIOGRAPHIE

Heresco et Aulec. — Traitement des complications articulaires de la blennorrhagie par le sérum antiméningococcique (*Journal d'Urologie*, 1912).

Mulletène. — Sérums et vaccins dans le traitement actuel du rhumatisme et de l'orchite gonococcique (*Thèse Paris*, 1913).

Paraf. — Sérothérapie antigonococcique (*Thèse Paris*, 1919).

Schmutz. — Traitement des épididymites gonococciques par le sérum antiméningococcique (*Thèse Paris*, 1913).

Stérian. — La sérothérapie des affections blennorrhagiques. Paris, Chaix, 1922 (*Journal d'Urologie*, février 1921).

Heitz-Boyer. — Note sur le traitement de l'orchite blennorrhagique (*Presse Médicale*, XX, nº 79, 28 sept. 1912).

Hudelo. — Sérothérapie antiméningococcique contre l'épididymite blennorrhagique (Vol. I, p. 575. *Traité de Médecine de Widal-Roger*).

Strominger. — Note sur le traitement des complications générales et locales de la blennorrhagie par les injections de sérum antiméningococcique (*Assoc. Française d'Urologie*, XV, 1912).

Pissavy et Chauvet. — Le sérum antiméningococcique dans le traitement des arthrites blennorrhagiques (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Paris*, 15 oct. 1909).

Minet et Debains. — Rapport à l'Association Française d'Urologie (10 octobre 1923).

PITYRIASIS RUBRA FOLLICULAIRE COMPLIQUÉ DE PYODERMITE SUPERFICIELLE CHRONIQUE ATROPHIE CUTANÉE

Par Robert BERNHARDT
Service dermatologique de l'Hôpital Saint-Lazare à Varsovie.

En écrivant notre dernier article sur le *pityriasis rubra follicularis*, nous n'avions pas encore observé personnellement sa forme atrophiante. Les notions sur ce cas fort rare étaient uniquement basées sur l'étude de Rodolphe Müller, parue en 1910 dans le n° 5 de l'*Iconographie Dermatologique* (*lichen ruber acuminatus atipicus capitis*). Ce phénomène nous semblait être exceptionnel, quand nous eûmes l'occasion d'observer, dans notre service dermatologique de l'Hôpital Saint-Lazare, un cas de maladie de Devergie, montrant une atrophie de la peau très étendue. Evidemment les lésions résultaient de deux processus morbides différents. Voici les détails.

Le 16 juin 1927 se présenta à l'hôpital, Joséphine B..., âgée de 50 ans, femme de paysan. Ses parents étaient morts dans un âge avancé. Aucune maladie de la peau, ni la tuberculose n'avaient jamais été notées antérieurement dans sa famille. La malade après avoir eu dans son enfance la rougeole et la diphtérie, eût à l'âge de 42 ans, la fièvre typhoïde. Ses règles commencèrent à 16 ans et furent régulières et sans douleurs, jusqu'à la ménopause, fixée à 46 ans. Elle fut 8 fois enceinte. Sa dernière grossesse finit par un avortement, à la suite d'un accident. Quatre enfants sont morts, ayant « pris froid » dans leur bas-âge ; les autres jouissent de la meilleure santé.

La maladie de la peau existe depuis 12 ans. Son premier symptôme fut une rudesse et une sécheresse excessive de la peau des extrémités. Périodiquement, la malade souffrait d'une légère démangeaison. Au cours de la huitième année, se manifestèrent à la jambe gauche des lésions psoriasiformes. Il y a 3 ans, apparurent des croûtes au cuir chevelu et l'année dernière des éléments au sternum et au pubis. Les

unes tombaient, d'autres se formaient, occupant les parties contiguës. C'est ainsi que la maladie se propageait sans cesse, quoique lentement. Au même moment, la malade remarqua la chute de ses cheveux.

A l'examen, on constate que Joséphine B... est de taille moyenne, cheveux châtains, sans anomalie du squelette, avec le tissu adipeux peu développé ; la peau pâle, olivâtre ; les muqueuses sont anémiques.

La peau présente des lésions pathologiques considérables, mais on reconnaît facilement deux processus absolument différents. Le premier, évidemment le principal et le plus étendu, est une kératinisation anormale ; le second, au caractère suppuratif, est une pyodermite probablement surajoutée. L'élément caractéristique de la dermatose est une petite papule conique, folliculaire d'un rouge vif ou bistré d'une consistance ferme, du volume d'un grain de millet ou d'une tête d'épingle. Le sommet est formé par de fines squames sèches et blanchâtres qui couvrent un cône corné, enchâssé dans l'orifice élargi du follicule. Quelquefois un poil normal ou cassé, transperce le cône et les squames. Après le détachement du cône, on peut voir le cratère. D'habitude les papules ne sont pas entourées d'une zone inflammatoire. On en trouve pourtant, surtout aux jambes et aux fesses, moins souvent aux cuisses et à l'avant-bras. Ce halo est étroit, de couleur rose foncé.

Ces papules coniques sont assez symétriquement disséminées sur la surface de la peau. Cependant, elles sont plus nombreuses à la face dorsale des doigts et des orteils, principalement sur les premières phalanges, à la face dorsale des mains et des pieds, près du poignet et du calcanéum, à l'avant-bras et aux bras, plutôt du côté des fléchisseurs, aux fesses, aux cuisses et aux jambes, spécialement à la face antéro-externe. Sur le tronc, l'éruption est localisée au sternum et à la partie interscapulaire. Le cou et l'abdomen sont presque sans lésions. Les parties affectées ont une peau sèche et rugueuse, rappelant au toucher une râpe. On voit, par places, de petites plaques rondes ou ovales, couvertes de squames sèches, d'un blanc grisâtre ou blanc argenté, éléments psoriasiformes. Elles ne sont pas nettement limitées, et des éléments papuleux coniques, quelquefois assez nombreux, forment sur leur bord des groupes. Ces plaques du diamètre de 1-4 centimètres carrés occupent surtout la face d'extension des membres, la partie interscapulaire, les fesses, les lombes et l'abdomen au-dessus de l'ombilic. Une des plus grandes plaques occupe la partie inférieure de la jambe droite. Une autre, énorme, couvre les deux tiers de la jambe gauche à la face d'extension. La peau y est épaisse, dure, peu élastique, sèche, rugueuse, porte une énorme couche de squames argentées, sous lesquelles la surface est rouge foncé légèrement granuleuse, avec de petits enfoncements punctiformes. Au grattage, aucune tendance hémorragique. Le disque est limité distinctement par en bas. Vers le haut, il se continue par l'agglomération des papules coniques, qui forment de petits îlots psoriasiformes. La peau de la paume des mains et de la plante des pieds est épaisse, sèche et légèrement squameuse. Les ongles

sont épaissis, striés et pointillés. Leur bord libre est déformé, fragile et cassé (fig. I).

Sur la face antérieure du tronc, on voit un énorme placard irrégulier, qui commence à la clavicule, s'arrête à 4 doigts au-dessus de l'ombilic et atteint sur les côtés la ligne mammaire. La peau est ici à



Fig. 1.

l'état d'atrophie : elle est légèrement squameuse et se plisse comme du papier de soie. Sa coloration est jaune sale ou brun jaunâtre. Seulement aux endroits atteints par le processus pyodermique la peau est rougeâtre et épaissie. La pyodermite débute par une pustule avec tendance à évolution centrifuge, qui se transforme en bulle toute ronde,

dont le contenu est purulent et épais. Peu après, la vésicule devient une croûte, entourée d'un soulèvement épidermique circulaire et serpigineux se limitant par de minuscules pustules. Ces lésions circulaires sont uniformes ou composées par une confluence de pustulettes. Les croûtes blanc grisâtre ou jaunâtres sont épaisses et s'attachent bien à la surface de la peau, qui est rouge foncé, sèche, mais brillante et



Fig. 2.

comme graisseuse. On peut remarquer ici plusieurs enfoncements punctiformes. Les éléments pustulo-croûteux s'agrandissent lentement et prennent la forme d'un anneau, d'un arc ou d'un fer à cheval (fig. II).

Il faut encore mentionner qu'à la périphérie de cette plaque quadrilatère, on constate la présence de papules coniques folliculaires. Elles sont les plus nombreuses au bord inférieur et du côté gauche. On trouve même quelques papules minuscules dans la partie atrophique de la

plaque. Nous rencontrons les mêmes éléments purulents au pubis et aux aisselles, mais en moindre quantité : cinq au pubis, deux, très petits, dans l'aisselle droite et un dans l'aisselle gauche. Ici on ne voit pas de papules cornées ni de symptômes d'atrophie de la peau, mais les poils sont rares, et l'épiderme plus pigmenté. Le cuir chevelu est complètement décalvé, sauf une petite place triangulaire à la région



Fig. 3.

occipitale, au-dessus de la nuque. En examinant avec attention, on constate une atrophie de la peau de la tête, y compris une bande frontale, large de 1 à 1 cm. 5, qui confine à la ligne séparant le front du cuir chevelu. Le même processus paraît sur une partie des joues, entre la région temporale, jusqu'aux bords de la mâchoire. Sur ces places la peau est fine, rose et ridée, dépourvue de follicules pilaires. Sa surface est lisse ou par places couverte de squames banchâtres, en couches

assez épaisses. Aux tempes et sur les joues, nous voyons des éléments purulents plus récents ou des croûtes sèches et grisâtres. L'ensemble rappelle l'état de la peau du sternum (fig. III). Le triangle du cuir chevelu à l'occiput empiète sur la nuque ; en haut, il se sépare des parties glabres et atrophiées par une ligne festonnée. Sur cette partie



Fig. 4.

large de 3 à 5 centimètres, on constate nettement la présence de papules coniques folliculaires typiques avec un tourbillon kératosique, recouvert au sommet de squames sèches et argentées. Chaque papule est transpercée d'un cheveu normal ou cassé. La limite festonnée se compose de quelques éléments purulents desséchés, mais principalement d'épaisses couches de squames sèches d'un blanc argenté (fig. IV).

La peau sur la face postérieure des oreilles est atrophiée. Les sourcils et les parties avoisinantes sont couverts de papules coniques, bien développées. Les poils y sont rares. Les mêmes papules couvrent la glabelle, les ailes du nez, les régions zygomatiques et le menton. Ces nombreuses papules coniques sont mélangées de plaques psoriasiques, plus ou moins grandes et recouvertes abondamment par les squames sèches et stratifiées, de couleur blanc argenté. Nous rencontrons ces plaques surtout entre les sourcils, dans la région mandibulaire symétriquement, et à l'aile droite du nez. Les muqueuses sont indemnes.

Les ganglions cervicaux, cubitaux et inguinaux sont légèrement tuméfiés. Le cœur est normal. Le second bruit de l'aorte accentué. Le pouls est dur. On constate un état d'emphysème des poumons. Pas de râles. L'intestin a subi une légère ptose. En outre, la malade souffre d'une arthrite déformante. L'examen du système nerveux autonome démontre un léger déséquilibre vagotonique. L'épreuve à la tuberculine : sous-cutanée —, intradermique + +. Pas de réaction générale ni focale après l'injection sous-cutanée de 1 milligramme A. T.-B. W. négatif. Examen morphologique du sang : globules rouges, 3.200.000 ; globules blancs, 11.800 ; hémoglobine, 60 o/o. Formule de globules blancs : neutrophiles, 72 o/o ; éosinophiles, 4 o/o ; petits lymphocytes, 18 o/o ; lymphocytes grands, 4 o/o ; formes de transition, 2 o/o. Rien de particulier dans les urines. L'examen bactériologique du contenu des pustules et des vésicules purulentes montra la présence du staphylocoque blanc et doré. En outre, dans quelques petites pustules, on a découvert le streptocoque, mais en quantité minime. Il était d'ailleurs inoffensif pour les animaux.

On a soumis à l'examen histopathologique : *a*) un disque psoriasiforme de la jambe gauche ; *b*) le cuir chevelu de l'occiput ; *c*) les lésions purulentes et croûteuses de la peau du sternum. *a*) La structure de la plaque psoriasiforme est identique à celle des cas typiques de la maladie de Devergie. La couche cornée est considérablement épaissie et compacte. La couche granuleuse est formée de plusieurs lits de cellules. Le corps muqueux démontre une acanthose. Dans les cellules cylindriques, on trouve souvent les figures de karyokinèse. Des cônes kératosiques, formés de couches stratifiées hyperkératosiques remplissent les follicules pilaires élargis. La réaction inflammatoire du derme est insignifiante. Cet état concerne spécialement le corps papillaire et la couche sous-papillaire. Les vaisseaux sanguins sont un peu dilatés et entourés d'infiltration formée par des lymphocytes, des cellules conjonctives et des mastzellen. Le corps papillaire est légèrement œdémateux. On ne remarque rien d'anormal dans les couches profondes du derme ni dans le réseau élastique, sauf une hypertrophie des muscles redresseurs des poils.

b) En examinant les coupes, provenant du cuir chevelu, près de la ligne festonnée (v. plus haut), nous constatons que les lésions sont ici

différentes du pityriasis rubra pilaire. Ce qui nous frappe d'abord, c'est un grand nombre de gros cônes enchâssés hermétiquement jusqu'au fond des follicules dilatés. Ces cônes sont de forme cylindrique et rarement en forme de coin. Leur base, traversée d'un poil, s'élève au-dessus du niveau de la peau. La plupart des bourbillons sont hyperkératosiques, mais on note quelquefois une hyperparakératose. On voit rarement des follicules normaux, exempts de cônes cornés. La couche cornée de l'épiderme est partout hypertrophiée, mais sa structure est différente en divers endroits. A côté de l'hyperkératose et de l'hyperparakératose, on rencontre la parakératose pure mais moins dense. Dans le segment parakératosique, on voit entre les cellules cornées des espaces ronds ou ovales. Ces espaces sont remplis de fines granulations et d'un amas de leucocytes polynucléaires, parmi lesquels on remarque des éosinophiles (micro-abcès). Là où les pustules sont desséchées, nous reconnaissons la structure d'une croûte lamelleuse. Outre ces éléments, nous voyons encore de grosses bulles purulentes sous-cornéennes, remplies de leucocytes polynucléaires, de nombreux éosinophiles, de débris cellulaires et de granulations. La bulle est recouverte d'une couche épaisse parakératosique ; son fond repose sur la couche épineuse de l'épiderme. Dans ces endroits et dans les parties contiguës à la vésicule purulente, la couche épineuse de l'épiderme manifeste un état d'œdème inter et intracellulaire, et contient des cellules migratrices. Le corps muqueux présente une acanthose très prononcée. Les bourgeons interpapillaires larges ou étroits, sont très allongés munis souvent d'excroissances latérales et de bandes transversales. Parfois des bourgeons cellulaires jaillissent des follicules pileux. Dans les cellules de la couche basale, on constate la karyokinèse.

Le derme est le siège d'inflammation très étendue. On constate une abondante infiltration lymphocytaire qui commence dans le corps papillaire, atteint le fond des follicules pileux et parfois entoure les glomérules sudoripares. L'infiltration est diffuse ou forme des foyers ; on constate ces derniers surtout autour des follicules pileux et au niveau des glomérules sudoripares. L'infiltration est très dense dans les parties profondes du derme et plus lâche dans le corps papillaire et dans la couche sous-papillaire. Elle atteint l'épiderme, sans passer toutefois la limite dermo-épidermique. L'infiltration est composée principalement de lymphocytes mais on constate un important pourcentage de cellules plasmatiques et de mastzellen. Sur les parties infiltrées, les vaisseaux sanguins et les fentes lymphatiques sont dilatés. Le réseau élastique y est complètement détruit. Il est conservé seulement dans les espaces qui séparent les foyers d'infiltration. Là les fibres élastiques se colorent très fort, se présentant en forme de fins filaments, se fendent et se fragmentent.

Dans les couches profondes du derme, il n'y a pas d'altérations appréciables dans le tissu élastique ou conjonctif. Les glandes sudoripares ne présentent rien d'anormal.

c) La préparation de la région sternale se compose d'un morceau de la croûte et de la peau atrophiée, découpés ensemble. A l'examen, on constate les lésions suivantes. La partie gauche de la coupe cliniquement atrophique présente une peau entièrement amincie. L'épiderme forme une bande étroite, couverte d'une mince couche cornée légèrement squameuse. On ne trouve presque pas de colonnes interpapillaires. Le corps papillaire du derme est plan. Dans la couche sous-papillaire les faisceaux conjonctifs ont la direction horizontale légèrement onduleuse. Pas de fibres élastiques dans les couches superficielles du derme. Aucune inflammation n'est visible. Sur la partie droite de la préparation, l'épiderme montre une acanthose d'un degré moyen. On trouve quelques cônes, qui remplissent les follicules pileux élargis. Par places, on trouve des pustules sous-cornéennes, couvertes d'un plafond parakératosique. Les pustules se dessèchent en croûtes lamelleuses. Dans la période plus avancée d'évolution, elles se transforment en squame parakératosique incohérente, qui après avoir passé par l'état hyperparakératosique, devient une squame cornée compacte. Tous ces éléments se trouvent au voisinage de la peau atrophique. Dans le corps papillaire et dans la couche sous-papillaire, on constate un œdème de la peau, une dilatation des vaisseaux sanguins et une infiltration péri-vasculaire, très modéré, mais plus abondante d'ailleurs dans la couche sous-papillaire. L'infiltrat se compose en grande partie de leucocytes, de quelques mastzellen et éosinophiles. Dans le corps papillaire, et partiellement dans la couche sous-papillaire, le réseau élastique a complètement disparu. On n'a pas trouvé d'altérations importantes dans les couches profondes du derme.

L'observation ci-rapportée, présente un tableau clinique composé. Deux processus morbides y sont associés : le *pityriasis rubra* pilaire et une pyodermite chronique. L'atrophie de la peau résulte évidemment d'une coexistence, de ces deux affections. En ce qui concerne le *pityriasis rubra* pilaire, on constate, qu'il est dans ses traits généraux, absolument typique, au point de vue clinique et histologique. Le diagnostic fut posé sans difficulté. Cependant un fait mérite notre attention : c'est la présence, dans le cuir chevelu à l'occiput, des papules coniques dures et cornées, grandes comme un grain de chènevis. Ce symptôme n'est pas banal. D'habitude, dans la maladie de Devergie, on constate au cuir chevelu un pityriasis sec, très abondant, ou des lésions psoriasiformes, diffuses ou circonscrites. Dans des cas fort rares, on peut quelquefois remarquer à la loupe, de minimes papules péripilaires aux tempes et au front à la limite du cuir chevelu.

La structure histologique des papules du cuir chevelu, diffère dans notre cas du type principal par l'infiltration inflammatoire, très abondante et très profonde du derme (L'infiltration s'arrêtait à la ligne au fond des follicules pileux, v. plus haut). Nous ne croyons pas, que cette inflammation intense soit consécutive uniquement à la coexistence d'une pyodermite chronique. Notre opinion est basée sur le fait, que l'examen de la peau de la région sternale, ou la pyodermite était beaucoup plus active, a montré une inflammation du derme infiniment plus faible. Dans l'observation de R. Müller, où il n'y avait pas de pyodermite, la structure des papules du cuir chevelu, était identique à celle que nous venons de décrire. De même dans le cas de M. Joseph. Il faudrait croire, que l'intensité du processus inflammatoire est, dans notre cas, sous la dépendance de la localisation de la maladie au cuir chevelu. Parmi les facteurs adjuvants on peut encore citer la profondeur des follicules pileux et l'intensité du processus hyperkératosique.

La pyodermite manifestait le même caractère clinique que l'impétigo vulgaire circiné et figuré (*impetigo vulgaris circinata et figurata*). Par places la maladie rappelle plutôt la dermo-épidermite de Gougerot. L'infection était superficielle, serpigineuse et chronique ; elle récidivait toujours à la même place. La localisation était classique pour la séborrhée (tête, face, sternum, aisselles, pubis). Certaines régions montraient exclusivement la pyodermite (aisselle, pubis), les autres étaient antérieurement atteintes par le *pityriasis rubra* pilaire (tête, face, sternum). Le premier groupe présente de faibles altérations pigmentaires sans atrophie de la peau, le second — une atrophie considérablement étendue et une hyperpigmentation de la peau. L'atrophie était le plus prononcée au cuir chevelu. Il est possible que ce fait soit dû à l'inflammation intense du derme (v. plus haut). Les altérations pigmentaires étaient ici peu prononcées. Nous notons d'ailleurs une atrophie très modérée et une forte hyperchromie au sternum. A la face l'atrophie de la peau était évidente, mais pas trop accentuée. En somme nous concluons que l'atrophie de la peau, dans le cas cité, résulte d'une coopération de deux processus morbides, qui sont : la pyodermite et le *pityriasis rubra* pilaire. Nous voulons souligner encore le mode de réaction tout spéciale de l'épiderme, dans la maladie de Devergie. L'étude microscopique du cuir chevelu et de la

peau de la région sternale a fixé qu'une croûte ordinaire de l'impétigo se transforme peu à peu, en passant par une phase parakératosique, en une épaisse et compacte plaque hyperkératosique. Il en résulterait que dans la maladie de Devergie la peau est capable de transformer un élément pathologique étranger en un élément spécifique. Un pareil processus est connu dans le psoriasis. Il est donc évident, que le *pityriasis rubra* pilaire peut quelquefois donner une réaction analogue au phénomène de Kœbner dans le psoriasis (Gærtner) et que la séborrhée prédestine souvent à la localisation de Devergie (Besnier, Hallopeau, Wickham). Ces faits méritent à l'avenir une attention toute spéciale.

CONSIDÉRATIONS HISTORIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR L'EAU BLANCHE

Par CARLE (de Lyon).

On a souvent remarqué qu'une longue pratique de la médecine nous poussait, sur le second versant de notre carrière, à nous intéresser aux remèdes d'autrefois. Cet intérêt, délassement d'un esprit curieux, est quelquefois purement théorique; mais il peut également exprimer la reconnaissance d'un praticien qui, après avoir essayé bien des nouveautés (et notre époque n'en manque point), en est revenu, dans des cas très habituels, à des médications aussi simples que vénérables, transmises au travers des siècles par les bons auteurs.

Je cède à cette tendance — et j'en ai, hélas, le droit — en consacrant ces pages à l'étude d'une solution de sous-acétate de plomb, dénommée eau blanche, depuis quatre siècles au moins. Je lui dois — et mes malades encore davantage — beaucoup de gratitude pour les excellents résultats que m'a toujours donnés son emploi dans nombre de cas couramment observés. Ce sentiment excusera le rappel que je fais, de son usage et de ses indications.

I. — HISTORIQUE PHARMACEUTIQUE

Je ne prétends aucunement rechercher les vraies origines, ni même faire un historique complet, sachant combien un médecin est malhabile à ce genre d'investigations. Aussi me suis-je contenté d'interpréter les notes transmises par M. Fouillouze, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité, à Lyon, à qui j'adresse tous mes remerciements. Je les ai complétées par quelques trouvailles personnelles, résumant l'histoire des vicissitudes de l'eau blanche depuis le

XVII[e] siècle. Mais je dois déclarer tout d'abord que j'ai renoncé à des identifications impossibles, et d'ailleurs inutiles, entre les diverses appellations de ces sels au cours des siècles passés. Car les vieux auteurs ne s'en sont pas bonnement tenus à étiqueter les cristallisations et les solutions d'acétate ou de sous-acétate de plomb. Ils firent perpétuellement intervenir Saturne, dénomination alchimique du plomb, en cette affaire. En sorte que les mêmes préparations furent successivement baptisées sel, sucre, eau, vinaigre ou extrait de Saturne, sans trop de discernement. Je négligerai donc ces antiques épithètes pour ne pas compliquer la question. Même ainsi allégée, on verra qu'elle n'est pas de toute clarté, surtout à notre époque, et qu'une mise au point était de quelque utilité.

Bien qu'il fût plus anciennement connu et employé, on retrouve l'ancêtre, c'est-à-dire l'acétate de plomb dans la Pharmacopée universelle de Lemery (1697, p. 934). On l'obtient « par distillation du plus fort vinaigre dans une cucurbite de verre coiffée d'un chapiteau de plomb ». Je néglige les détails. On l'ordonne à cette époque dans les fièvres intermittentes et dans l'épilepsie, et aussi pour faire vomir. Mais l'auteur le reconnaît déjà dessicatif à l'extérieur.

La Pharmacopée royale de Moyse Charras (1704) étend ses indications. Le sel de Saturne éteint l'ardeur des fièvres et modère l'appétit du coït. Il est recommandable en collyres, en injections, en gargarismes et en applications contre les inflammations.

Vers 1770, Thomas Goulard, chirurgien major de l'hôpital militaire de Montpellier, consacra deux volumes aux effets des préparations de plomb. Il ne découvrit ni l'extrait de Saturne, ni l'eau blanche, malgré l'opinion courante, consacrée par le vénérable Dictionnaire Larousse. Mais il mit quelque ordre dans la présentation des sels de plomb et précisa leurs indications. De plus, il eut l'idée originale de mélanger une certaine quantité d'alcool, sous forme d'eau-de-vie, à la solution d'acétate de plomb, mélange auquel la postérité devra laisser son nom. Je retrouve ces formules dans les *Eléments de pharmacie* de Baumé (1784), qui me paraît ne pas avoir bien compris cette distinction. En revanche cet ouvrage recommande ce sel pour les dartres.

Je sors enfin de cette nébulosité avec le Codex de 1818, à condition, je le répète, de laisser de côté les épithètes saturniques. Je trouve trois formules très nettes :

L'*acétate de plomb cristallisé* obtenu par l'action de l'acide acétique sur l'oxyde de plomb ou litharge.

Le *sous-acétate de plomb liquide*, obtenu en dissolvant à chaud trois parties d'acétate de plomb cristallisé dans neuf parties d'eau distillée, auxquelles on ajoute une partie d'oxyde de plomb. Faites bouillir, agitez, etc. Mais, assure ce Codex, on peut également employer l'eau commune. Dans ce cas la solution devient blanche, car il se forme des carbonates ou sulfates de chaux et aussi une petite quantité d'acétate de chaux, suivant les qualités régionales de l'eau du pays. Et cette fois, voici l'eau blanche, la vraie.

Enfin le Codex de 1818 donne une troisième formule, qui n'est autre que l'*eau blanche additionnée d'alcool*, à laquelle est conservé le nom d'eau végéto-minérale, déjà employé par Baumé, sans qu'il soit possible de savoir pourquoi.

Le Codex de 1837 précise les proportions (une demi-once de sous-acétate de plomb liquide, trente onces d'eau de rivière et deux onces d'alcool). Mais il rend à Goulard ce qui lui revient (p. 509) en mettant ce mélange sous son nom.

Le Codex de 1866 fait à nouveau une confusion entre l'eau blanche et l'eau de Goulard, en appliquant ces deux épithètes à la même formule, additionnée cette fois d'alcoolat vulnéraire. Mais il est corrigé par le Codex de 1884 qui étiquette sagement eau blanche la dissolution de 20 grammes de sous-acétate de plomb liquide dans 980 grammes d'eau *commune*, réservant le nom de lotion de Goulard (ou eau végéto-minérale) au mélange alcoolisé dans la proportion de 80 grammes d'alcool pour un litre d'eau commune et 20 grammes de sous-acétate de plomb liquide.

J'ai le regret de ne pas retrouver cette précision dans les officiels du XXe siècle. Le Codex de 1908 ratifie la formule d'eau blanche, mais il omet complètement l'eau de Goulard, dont le nom n'est pas prononcé, pas même à la table des matières. En revanche, le Dorvault de 1928 met pêle-mêle eau blanche, eau de Goulard, eau végéto-minérale sur la même formule, laquelle est exactement l'eau blanche alcoolisée de Goulard. Pour lui, l'eau blanche proprement dite n'existe plus.

Quittant alors le domaine des livres, je suis entré un jour chez un bon pharmacien de notre ville, et lui demandai quel liquide il délivrait contre une ordonnance d'eau blanche. « La solution de

20 grammes de sous-acétate de plomb liquide dans 980 grammes d'eau commune », me dit-il. Et quand je la dédouble, ajouta-t-il, je mets de l'eau commune, à moins que l'on ne précise de l'eau distillée. Quant à l'eau de Goulard, beaucoup plus rarement ordonnée, elle répond à la formule du Codex de 1884, l'alcoolat vulnéraire étant l'alcool le plus couramment employé.

Je crois qu'il faut s'en tenir à ces deux compositions très simples, très maniables et répondant, surtout la première, à tous les besoins.

Pourquoi me dira-t-on, ne pas se contenter de l'eau d'Alibour à laquelle le haut patronage de Sabouraud a donné une vogue mondiale?

Pour deux raisons.

D'abord parce que les indications sont différentes. L'eau d'Alibour conserve ses qualités dans toutes les manifestations streptococciques et quelques autres localisations microbiennes, mais l'eau blanche est préférable dans les cas, dont je parlerai tout à l'heure.

Ensuite parce que le praticien ou le médecin oublient trop souvent d'allonger suffisamment la formule primitive d'eau d'Alibour. Cet oubli n'a pas grande importance quand il s'agit de lotions ou de nettoyages, suivant la technique de Sabouraud. Mais, en pansements humides prolongés, cet inconvénient s'affirme souvent sous forme de réactions congestives qui vont à l'encontre du but visé, en provoquant une poussée inflammatoire plus ou moins durable. Même inconvénient pour la liqueur de Burow (alun 5 grammes, sous-acétate de plomb, 25 grammes, eau 300 grammes) que j'ai beaucoup employée autrefois. Plus astringente que l'eau blanche, sa composition est peut-être moins stable, et son emploi moins courant. Je n'oserai la conseiller au praticien qui ignorerait sa formule — mais je dois reconnaître qu'elle constitue un astringent, un dessicant et un nettoyant de premier ordre.

II. — HISTORIQUE THÉRAPEUTIQUE

J'ai voulu, suivant l'usage, chercher les précédents et m'appuyer de l'autorité des Maîtres, surtout des Maîtres de notre Ecole française. Travail toujours ingrat, et qui, en l'espèce, le fut tout particulièrement. L'eau blanche est citée par la plupart des auteurs der-

matologistes, mais il ne semble pas qu'on lui ait fait la place due à ses qualités propres et à ses mérites.

Je m'explique :

J'ai lu les pages consacrées par Brocq, dans ses divers ouvrages, au traitement des dermites, eczémas infectés, érythèmes artificiels et prurit. Partout il cite l'eau blanche, mais il l'applique et la situe de telle façon que j'ai le devoir de signaler ce que je crois être une erreur. D'autant plus que son interprétation a été répétée un peu partout sans modifications.

D'abord Brocq conseille toujours l'eau blanche en lotions. Or je parle de compresses, de pansements humides. L'action passagère de la lotion est parfaitement nulle dans ces diverses dermatoses ou leurs complications. Il faut un contact prolongé et renouvelé pour en obtenir les bons effets.

Ensuite il semble, d'après cette lecture, que l'eau blanche doive agir comme un cautérisant ou un calmant spécifique. Dans son premier ouvrage sur le *Traitement des maladies de la peau* (1892), Brocq recommande l'emploi de l'eau blanche dans les dermites et l'intercale entre le vinaigre et l'acide phénique (p. 242). A propos des eczémas infectés (p. 188), il l'énumère encore dans une liste où se trouvent le chloral, l'acide phénique et l'eau de son vinaigré. Dans sa dernière édition (1921) à propos des prurits (p. 647) l'eau blanche est encore placée entre le vinaigre, l'eau phagédénique, l'alcool camphré, l'acide cyanhydrique, le salol, le naphtol, etc. Et, pour souligner cette crainte de l'action cautérisante de cette eau, il conseille en plusieurs endroits de la dédoubler, de la détripler, avant toute application.

Or j'affirme qu'il n'y a aucune espèce de comparaison à faire entre ces divers liquides. Les alcools, vinaigres, acides, antiseptiques forts, agissent par cautérisation des extrémités nerveuses, et dessiccation plus ou moins brutale des foyers, d'où une réaction douloureuse immédiate suivie d'un calme relatif. Cette manœuvre peut amorcer une excellente thérapeutique, si on sait l'interrompre à temps, et ordonner pour la suite une pâte calmante ou un badigeon iodé. Mais je répéterai une banalité en disant que les lotions antiseptiques phéniquées, vinaigrées ou autres ont à leur actif autant de désastres que de guérisons dans le traitement des dermites ou des eczémas infectés. Et j'ajoute que leur emploi prolongé transforme en une

grave dermite le plus innocent érythème, fut-il professionnel.

Au lieu que l'action de l'eau blanche est douce, sûre, rapide et durable. A aucun moment, elle ne produit l'impression d'une brûlure ni d'une cautérisation. En une heure se calment les plus désagréables sensations de prurit, démangeaisons, picotements, brûlures superficielles, et ceci sans prodromes pénibles. Et surtout sans craintes de réactions congestives, même si le traitement a été prolongé au delà des limites utiles. En supposant que l'on arrive à une apparente mortification superficielle, il suffit de supprimer le pansement, pour voir s'éliminer les déchets, et les tissus revenir à une vie normale.

Cette action est-elle due à son astringence? ou à ses qualités antiseptiques? Faut-il l'attribuer à la précipitation des sulfures et carbonates de plomb insolubles, qui se dissolvent peu à peu au contact des humeurs et pénètrent par absorption dans l'organisme, comme le pense Dujardin-Baumetz (*Dict. de Thérapeutique*, 1882, p. 265)? C'est très possible, mais j'avoue être incapable de fournir une opinion ou un argument nouveau. Je dis seulement que l'eau blanche ne doit pas être présentée sur la même ligne que le vinaigre, les alcools ou les antiseptiques, parce que son action est totalement différente et qu'elle ne présente pas les mêmes indications.

Je dois à la vérité de reconnaître que j'avais appris l'usage de l'eau blanche dans mes stages, au début du siècle, dans quelques universités allemandes. J'ai retrouvé le souvenir de cet enseignement dans l'ouvrage de Leistikow, traduit par Darier, où l'action décongestionnante et astringente de l'eau blanche est proclamée dans tous les chapitres relatifs aux brûlures, dermites médicamenteuses, prurits aigus et eczémas à la période suintante et croûteuse, toutes indications dont sont soigneusement exclus les antiseptiques et les cautérisants.

III. — TECHNIQUE ET MODE D'EMPLOI

C'est sous la forme de pansements humides que l'eau blanche trouve ses meilleures indications. Même sous cette modeste forme, une certaine technique est nécessaire, faite de petits détails, bien connus pour la plupart, mais trop souvent oubliés.

Le pansement humide doit être fait avec des compresses de bon coton hydrophile et non avec des doubles de gaze (Brocq) ou des carrés de lint (Besnier), qui sèchent trop rapidement. Le coton est même supérieur au ouataplasme, trop apprêté et trop adhérent. On doit en accumuler une bonne épaisseur, variable suivant les cas, et l'imbiber abondamment. Ceci est essentiel. Cette imbibition doit être entretenue avec soin, surtout au cours des premières heures. Si la surface à nettoyer est sanieuse et croûteuse, il faudra renouveler chaque fois le coton. Par la suite, il suffira d'avoir sous la main le liquide imbibant, et d'arroser de temps en temps sur le coton.

Une feuille de gutta-percha maintiendra l'humidité et la fraîcheur. Elle doit le moins possible toucher la peau saine, autour des compresses, parce qu'elle est quelquefois irritante. Une pâte genre Lassar peut circonscrire le pansement et éviter ce contact. Quelles que soient les précautions prises, le coton se dessèche et adhère à la lésion, surtout la nuit. Il ne faut jamais arracher ni même détacher, sans quoi vous perdez tout le bénéfice acquis. L'oubli de cette simple prescription explique la moitié du discrédit du pansement humide. S'il y a adhérence, il suffit presque toujours de mouiller à nouveau, à l'eau bouillie. Sinon, on peut arroser à l'eau oxygénée six volumes jusqu'à gonflement et détachement. La compresse doit tomber toute seule, presque sans traction, si l'on veut retrouver au-dessous un épiderme intact, prêt à la réparation ou à la réception d'autres cicatrisants sous forme de pâtes, pommades ou badigeons.

On a dit, non sans raison, que la compresse imbibée restait difficilement humide une nuit entière, et que sa dessiccation la transformait en un bloc dont le frottement était néfaste aux érosions sous-jacentes. Il y a du vrai. Aussi ai-je l'habitude, sur les lésions irritables, de conseiller pour la nuit une abondante onction avec des corps gras (ou pseudo-gras), solubles à l'eau, tels que diadermine, glycérolé d'amidon, ou mieux encore liniment oléo-calcaire. Largement répandus sur la plaie, ces médicaments sont recouverts d'une toile fine (qui absorbe moins que la gaze) et maintenus avec une bande. L'on reprend le lendemain matin les compresses humides, sans se préoccuper autrement du pansement de la nuit, avantage sur les vrais corps gras, lanoline ou vaseline, qui exigent un nettoyage assez minutieux, et gênent par leur présence l'action des pansements humides consécutifs.

Ces applications n'exigent aucune surveillance particulière et n'impliquent aucun risque. C'est justement en quoi elles se différencient nettement, comme je l'ai déjà dit, des autres médications dites calmantes, qu'elles soient à base d'alcools, vinaigres ou antiseptiques qui finissent toujours par créer un certain degré d'inflammation. Je n'ai jamais vu une réaction congestive consécutive à l'emploi de l'eau blanche. Tout au plus conseillerais-je sur des érythèmes très œdémateux, des dermites très prurigineuses, de commencer par des compresses d'infusions de sureau, ou d'eau blanche dédoublée, pour aboutir assez vite à l'eau blanche pure. En revanche, son emploi immédiat et prolongé est indiqué sans la moindre crainte, dans tous les cas de dermites ou épidermites atones, peu douloureuses, mais ulcéreuses, suintantes, purulentes et croûteuses. On peut même, dès que le premier nettoyage est fait, ordonner les pansements à l'eau de Goulard, dont le léger alcool agit mieux encore sur la destruction des germes et le bourgeonnement des tissus.

IV. — APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Je laisse de côté, n'ayant pas d'expérience suffisante, l'emploi des compresses d'eau blanche dans les foulures, contusions, ecchymoses. Tous les vieux auteurs assurent le bon effet de ces compresses dans les cas de ce genre, et je les crois volontiers, tout en me demandant si toute autre fraîche application ne donnerait pas les mêmes résultats.

Je puis parler plus savamment de ces effets dans certaines dermatoses simples ou compliquées que je vais énumérer :

1° Toutes les *dermites inflammatoires ou infectées* d'origine externe, traumatiques ou professionnelles, consécutives à une irritation aiguë comme une brûlure, ou chronique, comme le pseudo-eczéma des photographes, des lessiveuses ou des maçons. Ces derniers peuvent rester très longtemps à l'état d'infiltration prurigineuse et sèche. Mais il arrive presque toujours un moment où, sous l'influence du grattage ou d'une dose excessive, apparaît l'œdème suintant, rapidement suivi de pyodermites et de croûtes. Le sujet se décide alors à faire appel au praticien.

Que la dermite soit brusquement ou lentement survenue; la conduite est la même. Le traitement à l'eau blanche est d'autant plus

indiqué que les phénomènes congestifs et inflammatoires sont plus marqués.

On appliquera donc de suite les compresses. Voilà le cas typique où l'on obtiendra les meilleurs résultats avec les pansements alternés d'eau blanche dédoublée et d'infusions (sureau ou camomille). En 48 heures, les croûtelles sont tombées, le suintement est tari, le gonflement a disparu. On espace peu à peu les pansements humides et on remplace par une simple vaseline à l'oxyde de zinc. Le résultat est doublement intéressant. D'abord parce que l'épisode infectieux aigu est guéri avec une rapidité surprenante. Ensuite parce que la continuation des applications et l'abstention suffisamment prolongée de la cause première, entraîne souvent, sans autre médication plus savante, la guérison de la dermite primitive. Sous réserve évidemment de la sensibilisation épidermique qui peut persister fort longtemps et occasionner des rechutes.

On pourra dire que cette médication est vieille comme le monde et que l'eau bouillie a donné de tous temps des résultats identiques. Non, cette affirmation ne serait pas exacte. D'abord l'eau blanche dédoublée, ou plus ou moins mélangée à l'infusion de sureau, donne des résultats bien plus rapides que l'eau bouillie. Ensuite, et j'insiste fortement sur ce point, j'ai le regret de dire que le praticien français, en présence d'une lésion de cette nature, ordonne bien plus volontiers une pommade qu'un pansement humide. J'ai déjà dit que nombre d'auteurs, et des meilleurs, avaient jeté l'anathème sur le pansement humide, générateur de fermentations de toutes espèces. Or c'est surtout dans les cas de ce genre que les pansements humides *antiseptiques* ont causé les pires désastres. Mettez sur une dermite traumatique infectée un bon pansement au sublimé ou à l'acide phénique, et vous verrez le résultat! D'où l'ostracisme justifié des thérapeutes.

Alors les praticiens se sont rabattus sur les pommades. Je ne serai pas démenti par mes collègues consultants quand je dirai que, huit fois sur dix un malade de cette sorte, envoyé par un confrère est muni d'une pommade. Le résultat est déjà médiocre quand il s'agit d'une pâte genre Lassar, qui calme cependant à la longue. Mais il est franchement mauvais quand on a prescrit une formule antiseptique, genre pommade de Reclus. Et la fréquence de cette ordonnance est mon excuse, si je rappelle aujourd'hui les bons

résultats obtenus avec les pansements humides à l'eau blanche, dont ce cas représente une des meilleures indications.

2° Les *eczémas* à la période suintante et croûteuse sont nettoyés en 48 heures, décongestionnés, asséchés et prêts à recevoir les plus savantes pâtes cicatrisantes ou pommades kératoplastiques, qui achèveront la guérison. Le prurit disparaît de suite. Il est bien entendu que cette application locale doit être combinée, dès ce moment, avec le traitement de la cause, variable avec chaque cas. Mais la recherche, souvent délicate et longue, de cette cause, sera d'autant plus facile en présence d'un malade tranquille, qui ne sera plus obsédé par le prurit, générateur de grattage, de fatigues et d'insomnies.

3° Les *dermites* et *pyodermites* greffées sur une dermatose plus ou moins ancienne, para-kératose, épidermite streptococcique, ou mycose. C'est ainsi qu'un sujet peut conserver longtemps sans trop d'ennuis, un eczéma du creux poplité ou des épidermites des plis, microbiennes ou mycosiques. Et puis, ces lésions s'infectent, sous l'influence d'irritations locales intercurrentes ou d'un mauvais état général : gonflement, prurit, suintement, suppuration, croûtes. A ce moment les pansements humides à l'eau blanche pure ou diluée, sont formellement indiqués. Aucun traitement ne ramènera aussi vite au calme la région infectée. On continue ensuite le traitement avec les pâtes cadiques ou les badigeons iodés. Il n'est pas rare qu'un vieil eczéma torpide depuis des mois, ait trouvé dans cette poussée inflammatoire son chemin de Damas et la voie de la guérison, quand le praticien sait en tirer parti.

4° Les *pyodermites localisées*, les furoncles de la nuque, par exemple. On peut arrêter net une poussée en maintenant jour et nuit des compresses imbibées d'eau blanche pure pendant deux ou trois jours. Si les pustules sont déjà volumineuses et suppurantes, après évacuation et nettoyage à la liqueur d'Hoffmann, l'eau blanche est encore le meilleur décongestionnant. On dispose le coton mouillé en capuchon, sur le volcan pustuleux, recouvert d'une chape imperméable, maintenu par un plaste quelconque, et renouvelé aussi souvent qu'il convient pendant toute la période de rougeur inflammatoire. La teinture d'iode fera le reste.

5° J'obtiens également des résultats moins rapides, mais intéressants, vu la difficulté des guérisons, dans les *vieux ulcères de*

jambe infectés, généralement d'origine variqueuse; bords déchiquetés, fond irrégulier sanieux et purulent, parcelles noirâtres, périphérie infiltrée, rouge et douloureuse, sur une zone assez étendue. Tasser d'abord dans l'ulcère du coton bien imbibé d'eau blanche, puis recouvrir toute la région périphérique avec d'épaisses compresses, gutta-percha et bandes. Renouvelez fréquemment au cours des premiers jours, puis un peu moins, au fur et à mesure que le fond se déterge et que la bordure s'assouplit. Disparition du processus inflammatoire, poussée des bourgeons. Quand ceux-ci sont en pleine évolution et bien propres, employer le vin aromatique ou le nitrate, etc. Procédé supérieur à tous les pansements et poudres y compris le sous-carbonate de fer, qui eut son heure de vogue. On peut le combiner avec les bandelettes imbriquées, excellentes quand la région est nettoyée.

6° Voici enfin, une sorte de *traitement exfoliant* qui m'a quelquefois réussi dans des cas d'herpès cutané récidivant, de dyshydrose, ou d'autres inflammations aiguës vésiculeuses.

Dès que l'éruption se dessine — les cas précoces sont évidemment les meilleurs — je recouvre la région atteinte avec des compresses d'eau blanche pure que je maintiens constamment humides, sous gutta-percha, aussi hermétiques que possible. J'obtiens ainsi en deux ou trois jours une sorte de macération de l'épiderme qui blanchit et se frippe; prolonger jusqu'à ce que cette macération s'exprime en lamelles blanchâtres, que l'on peut râcler en grattant l'épiderme. Arrêt des compresses. Pommade à l'oxyde de zinc. Sous cet épiderme superficiel, macéré, réapparaît une couche rosée plus profonde qui reprend peu à peu figure normale. Si le traitement a été précocement institué, la poussée avorte. Si non, elle est généralement arrêtée assez vite, et écourtée dans son ensemble. En tout cas, il y a arrêt presque immédiat des phénomènes congestifs vésiculeux et douloureux.

Voilà les principales indications de l'emploi de l'eau blanche en dermatologie, telles qu'une expérience déjà ancienne me permet de les présenter. J'ai voulu les résumer, parce qu'elles sont éparses et insuffisamment dégagées dans nos ouvrages spécialisés. Je ne puis dissimuler que ce traitement n'est souvent qu'un préambule, mais le meilleur qui soit, puisqu'il permet l'action rapide et efficace des autres médications.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en mai 1930.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Syphilis arséno-récidivantes, par Gougerot, Burnier, Ragu et Weill. *Annales des Maladies Vénériennes,* 25e année, no 5, mai 1930, p. 321.

On n'a pas oublié l'article récent du professeur Nicolas paru dans la *Presse Médicale ;* le professeur Gougerot et ses collaborateurs attirent à leur tour l'attention sur la fréquence insolite des syphilis arséno-résistantes au cours de ces derniers mois. En moins d'un an, ils ont pu observer 18 cas de syphilis régulièrement traités par le novarsénobenzol qui ont présenté des récidives. Il s'agit presque toujours de syphilis récentes qui, vers la fin de la première série de novarsénobenzol (avec des doses de 0,75 ou de 0,90 ou quelques jours après la fin de cette série voient apparaître une éruption de syphilides papulo-squameuses plus ou moins généralisées. Ces lésions s'exacerbent quand on poursuit le traitement arsenical. Le plus souvent, elles cèdent au traitement bismuthique ; parfois il y a pluri-résistance et on doit utiliser le mercure, parfois les sels d'or. Dans 2 cas seulement sur 18, la récidive se fit sous forme de plaques muqueuses.

Le Bordet-Wassermann est négatif au début et reste positif après la guérison des accidents. Tantôt il est faiblement positif et devient fortement positif sous l'influence du bismuth qui guérit les accidents. Tantôt le Bordet-Wassermann positif au début devient négatif après traitement bismuthique.

On lira avec fruit ces observations qui inciteront à une surveillance plus grande des malades et à l'emploi d'un traitement mixte.

H. Rabeau.

Une tentative de dépistage de la syphilis en milieu urbain, par J. Benech. *Annales des Maladies Vénériennes,* 25e année, no 5, mai 1930, p. 334.

Le professeur Spillmann observa au dispensaire de Vénéréologie de Nancy une recrudescence des cas de syphilis depuis novembre 1929 ; B. constata les mêmes faits ainsi que plusieurs médecins de la ville près desquels il s'informa. Il fit alors une enquête près de tous les médecins de la ville, les priant de lui retourner une fiche confidentielle, signalant les cas de contamination nouvelle, le lieu de contamination, les indications signalétiques possibles du contaminant. En un mois,

il reçut 18 réponses (14 cas de syphilis nouvelles). La plupart ont été contractées près de prostituées clandestines, aucune dans les 9 maisons de tolérance de la ville. Cette enquête de trop courte durée encore montre bien que la diminution de la prostitution surveillée s'accompagne d'une augmentation de la syphilis. H. Rabeau.

Bulletin Médical (Paris).

Sur l'emploi des pommades du cuir chevelu, par R. Sabouraud. *Bulletin Médical*, 44e année, no 20, 10 mai 1930, p. 342.

Dans de nombreux cas, on est amené à prescrire l'emploi de pommades dans le traitement des affections du cuir chevelu. Bien souvent le traitement est abandonné, ou le résultat est médiocre parce que le traitement a été mal appliqué. Il faut apprendre au malade comment il doit appliquer son traitement, ne pas craindre d'insister sur les détails. S. nous donne une suite de conseils particulièrement utiles, et quelques formules d'usage courant, insistant sur la grande valeur thérapeutique de l'huile de cade dans un grand nombre d'affections du cuir chevelu. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

Hypothèses concernant l'étiologie et la pathogénie de l'eczéma vésiculeux vrai, par A. Desaux. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, no 9, 24 mai 1930, p. 288.

« L'état spongoïde » d'Unna, la « spongiose » de E. Besnier avec vésiculation interstitielle est un syndrome histologique. Sa traduction clinique revêt plusieurs formes objectives : l'une d'elles est l'eczéma. B. édifie une nouvelle conception du mécanisme de la spongiose et de la vésiculation interstitielle en s'appuyant sur des bases histo-physiologiques et biochimiques. Le début du phénomène qui aboutit à la spongiose n'est pas vasculaire, comme on l'admet communément, mais bien cellulaire. L'œdème intracellulaire de l'épiderme est consécutif à une altération de la lymphe interstitielle qui occupe les lacunes séparant les cellules de l'épiderme profond. La lymphe interstitielle est, comme la substance fondamentale du tissu conjonctif, un gel protéique qui suit les lois générales : en particulier il est capable de gonfler en absorbant de l'eau. Ce gonflement se produit avec une force considérable. Il varie en fonction du *p*H. Le *p*H du gel protéique varie au moment où l'activité des cellules de l'épiderme profond se déclenche. A une excitation venue de l'intérieur ou de l'extérieur, les cellules de l'épiderme profond sont sensibles et réagissent. Des réactions chimiques métaboliques se produisent au sein des cellules dont le *p*H intérieur s'accroît. Pour maintenir constant le *p*H intérieur, les cellules évacuent dans le système lacunaire épidermique une certaine quantité

d'acide carbonique avec les déchets cellulaires dont la très grande majorité sont acides. De ce fait l'acidité ionique du gel protéique augmente. L'acidose du système lacunaire épidermique provoque l'inondation alcaline du corps muqueux et de l'épiderme. Suivant l'importance de l'excitation, on aura toutes les variations réactionnelles.

H. RABEAU.

Comptes Rendus de la Société de Biologie (Paris).

A propos du pH sanguin chez les sujets porteurs d'épithéliomas baso-cellulaires de la peau, par R. REDING et A. SLOSSE. *C. R. de la Société de Biologie*, t. CIV, n° 15, 9 mai 1930, pp. 124-130.

Les auteurs en réponse à la communication de D. Jaumain ont repris l'étude du *p*H sanguin chez des malades comparables aux siens et trouvent des chiffres compris entre 7,41 et 7,47 alors que cet auteur trouva des chiffres inférieurs à 7,40. Les auteurs estiment qu'il y a eu erreur de technique tenant en particulier à la qualité de la verrerie ; ils reconnaissent cependant que l'alcalose est moins marquée dans les tumeurs de la peau et cancers à évolution lente que dans les autres.

A la séance de la Société de Biologie où cette communication a été rapportée une discussion s'engage entre ces auteurs et M. Jaumain. Les uns et les autres restent sur leurs positions. Les profanes peuvent en conclure que pour le moment la mesure du *p*H sanguin n'est pas utilisable pour la confirmation du diagnostic d'un épithélioma cutané.

A. BOCAGE.

Gommes syphilitiques et formes anormales du tréponème. Ultra-virus syphilitique, par Y. MANOUELIAN. *C. R. de la Société de Biologie*, t. CIV, n° 17, 23 mai 1930, pp. 248-249. 1 fig.

L'auteur rappelle ses recherches sur la présence du tréponème typique dans les ectasies aortiques. Éclairé par les constatations de Séguin sur le *Treponema calligyrum*, il montre que des formes atypiques de tréponème existent dans les groupes de gommes syphilitiques et que certaines d'entre elles constituent l'ultra-virus syphilitique.

A. BOCAGE.

Purpura hémorragique expérimental et plaquettes sanguines, par J. ROSKAM. *C. R. de la Société de Biologie*, t. CIV, n° 17, 23 mai 1930, pp. 321-323.

Au moyen d'un sérum de chèvres antiplaquettes de lapin, l'auteur a pu réaliser aisément un purpura expérimental chez le lapin. En y ajoutant un dispositif de circulation croisée, on constate que la diminution considérable du nombre des plaquettes sanguines s'accompagne d'une augmentation du temps de saignement seulement pour les gros vaisseaux, mais pas pour les petits, chez le lapin perfusé, alors que chez le perfuseur, qui a reçu directement le sérum antiplaquettes le temps de saignement est aussi augmenté pour les petits vaisseaux. L'auteur y voit la confirmation du rôle des endothéliums vasculaires

dans l'augmentation du temps de saignement et la détermination du syndrome purpurique.

Purpura hémorragique expérimental et lésions vasculaires, par J. Roskam. *C. R. de la Société de Biologie*, t. CIV, n° 17, 23 mai 1930, pp. 324-326.

L'auteur commente ici les expériences relatées dans la note précédente et sans apporter de fait nouveau donne la même conclusion qui n'est autre que l'opinion qu'il s'était fait depuis longtemps par l'étude clinique des purpuras. A. Bocage.

Sensibilité intradermique du lapin normal et syphilitique aux injections de protéines non spécifiques et de produits préparés avec le Treponema pallidum des lésions ou des cultures, par A. Bessemans et F. de Potter. *C. R. de la Société de Biologie*, t. CIV, 23 mai 1930, n° 17, pp 339-340.

De leurs essais, les auteurs concluent que chez le lapin syphilitique les intradermo-réactions effectuées avec des produits spécifiques ou non sont dépourvues de valeur pratique pour le diagnostic actuel ou rétrospectif et que l'infection syphilitique ne parvient pas à sensibiliser la peau du lapin ni celle des animaux porteurs de lésions actives même très grosses, ni celle des animaux guéris localement de leurs lésions et qui de ce fait ont acquis, du moins en certains cas, une véritable immunité locale ; les résultats sont également négatifs en tous les points du corps y compris les régions atteintes ou immunisées.

A. Bocage.

L'humeur aqueuse dans la syphilis expérimentale du lapin, par A. Bessemans, J. van Canneyt et I. Vincke. *C. R. de la Société de Biologie*, t. CIV, n° 17, 23 mai 1930, pp. 341-344.

La présence ou l'absence de tréponèmes dans l'humeur aqueuse du lapin syphilitique n'empêche pas la réaction de Bordet-Wassermann et ses succédanés d'être négatifs dans cette humeur, même quand ils étaient fortement positifs dans le sang.

A. Bocage.

Gazette des Hôpitaux (Paris).

La forme palpitante des aortites syphilitiques, par R. Poinsot. *Gazette des Hôpitaux*, 103e année, n° 41, 21 mai 1930, pp. 753-754.

Il s'agit de malades âgés de moins de 40 ans niant toute syphilis et venant consulter pour des palpitations sans aucun symptôme cardiaque organique ni hypertension ; la plupart avaient été diagnostiquées palpitations fonctionnelles. A la radioscopie, opacité et élargissement léger de l'aorte enfin et surtout Wassermann positif.

Bien entendu, il existe d'autres formes palpitantes avec souffle dont le diagnostic est évident.

L'auteur estime que la forme palpitante pure sans souffle témoigne d'une lésion débutante d'aortite syphilitique et par conséquent d'un pronostic relativement bon. A. Bocage.

Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques (Paris).

La verrue plantaire, par W. Dubreuilh et R. David Chausse. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. CI, 10 mai 1930, 9e cahier, art. 29 618, p. 305.

La verrue plantaire n'est qu'une localisation spéciale de la verrue vulgaire, mais elle a du fait de son siège des caractères particuliers. La pression du sol l'empêchant de se développer en hauteur, l'oblige à croître en profondeur et à se creuser une loge dans l'épaisseur de la plante. Elle siège en des points variables, mais pas nécessairement au niveau des surfaces de pressions. La contagion est possible ; les observations de transmission, d'auto-inoculation sont en faveur d'une origine parasitaire. Les recherches bactériologiques n'ont pas abouti à une théorie probante. On a décrit de nombreux procédés pour guérir les verrues ; il est difficile d'en apprécier la valeur, car il faut toujours penser à la suggestion. L'ablation au bistouri ne doit pas être conseillée. Le curetage, la radiothérapie, la congélation ou l'électro-coagulation ont tous leurs partisans. La radiothérapie est le moins douloureux.

H. Rabeau.

Conceptions et traitements modernes des psoriasis, par J. Meyer. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. CI, 10 mai 1930, 9e cahier, art. 29.619, p. 309.

Nous ignorons tout de la nature du psoriasis, mais un grand nombre de théories ont été proposées. Toutes reposent sur des faits. M. dans cette très intéressante revue générale s'est limité à l'étude des faits, montrant ensuite les déductions thérapeutiques. Les faits peuvent se grouper sous trois chefs : le terrain psoriasique, le déclenchement des poussées, les réactions de la peau. — Le terrain dans le psoriasis devra être étudié attentivement. Il pourra donner une orientation sur le point faible de l'organisme : une syphilis héréditaire ou latente, une tuberculose atténuée, des troubles endocriniens, parmi eux les insuffisances thyroïdiennes ou ovariennes, des troubles viscéraux, hépato-intestinaux, avec hypercholestérinémie. — Certains malades ne savent à quoi rattacher leurs poussées, pourtant tout ce qui affaiblit la résistance de l'organisme semble susceptible de déclencher une poussée. On a noté une influence saisonnière incontestable et la plupart des malades sont améliorés par le soleil. — Ce que l'on sait de la réaction de la peau dans le psoriasis est assez disparate. Les fonctions cutanées sont profondément altérées au niveau des placards, les sécrétions sudorales et sébacées y seraient suspendues. La résistance de la peau aux infections semble augmentée. La gale serait très exceptionnelle, de même les furoncles et les anthrax, par contre les pyodermites superficielles et les eczématides microbiennes s'observent souvent.

La résistance de la peau aux topiques est diminuée au niveau de l'élément éruptif ; de même la résistance aux ultra-violets.

Le traitement devra être général, puis local par des topiques, les rayons ultra-violets, et enfin hydroclimatique.

H. Rabeau.

Le traitement des angiomes par les injections d'alcool, par J. Weil (Metz). *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. CI, 10 mai 1930, 9e cahier, art. 29.621, p. 37.

Cette méthode vise l'oblitération des cavités sanguines par une réaction inflammatoire du revêtement endothélial de celles-ci, ainsi que du tissu interstitiel. W. injecte de l'alcool à 90°, à un millimètre du bord de l'angione avec une aiguille fine. Jamais il n'injecte plus d'un demi-centicube. Il y a d'abord une réaction inflammatoire qui s'atténue avec les pansements humides. Les injections sont faites chaque 2 jours. Les résultats sont rapides, les cicatrices fines.

H. Rabeau.

Notions nouvelles sur les Dermatomycoses, par A. Bocage. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. CI, 10 mai 1930, 9e cahier, art. 29.620, 9e cahier, p. 321.

B. donne ici un exposé clair et précis de la conception actuelle des affections cutanées d'origine mycosique. Elle s'est beaucoup modifiée grâce à l'étude des réactions humorales. On n'a pas oublié les mémoires de Bruno Bloch, de Ravaut et de ses collaborateurs parus dans ces *Annales*. La recherche des réactions trichophytiques a permis de dépister une série de formes atypiques de trichophyties. On sait maintenant qu'un même agent pathogène peut créer des types morphologiques absolument différents. Plus intéressante encore est toute l'étude des réactions allergiques de la peau au niveau de régions indemnes de toute infection locale ; réaction de parakératose, au niveau de l'intradermo-inoculation, réaction à distance.

L'étude des intertrigos à levures, des réactions provoquées par l'injection d'un extrait « levurine », a été féconde en déductions pathogéniques et thérapeutiques. Ces réactions biologiques (intradermo-réactions) viennent apporter la preuve de la valeur pathogène du germe suspecté. Au point de vue pratique, il suffira de traiter convenablement la lésion mycosique primitive, pour voir disparaître ces lésions parakératosiques non parasitées d'origine allergique.

H. Rabeau.

Les eczémas et épidermites de la région ombilicale. Les omphalites, par P. Blum. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. CI, 10 mai 1930, art. 29.622, p. 329.

Excellente revue générale des lésions de l'ombilic. On ne doit pas se contenter d'un diagnostic vague d'eczéma de l'ombilic, mais s'efforcer d'établir un diagnostic étiologique précis afin d'appliquer le traitement approprié. B. range les omphalites en 3 groupes : 1° omphalites eczématiformes ; 2° omphalites suppurées ; 3° omphalites spécifiques et étudie à propos de chaque variété la cause et le traitement.

H. Rabeau.

Journal de Médecine de Paris.

Traitement des nævi vasculaires chez les enfants, par P. Cottenot. *Journal de Médecine de Paris*, 50e année, no 18, mai 1930.

Les indications thérapeutiques pour chaque type : angiomes stellaires, tubéreux, plans, les lymphangiomes et la technique du traitement de chaque cas est ici clairement exposée. H. Rabeau.

La syphilis propagée par vengeance par Rodiet. *Journal de Médecine de Paris*, 50e année, no 22, 29 mai 1930, p. 461.

R. rapporte l'observation d'une femme jeune qui ayant contracté la syphilis, non seulement ne se soignait pas, mais s'efforçait par vengeance de contaminer autant d'hommes jeunes qu'elle le pouvait. Devant les affirmations de la malade et la volonté arrêtée qu'elle avait de poursuivre sa vengeance, R. signa un certificat d'internement.

H. Rabeau.

Le Journal médical français (Paris).

Dermatoses auto-anaphylactiques. Contribution à l'étude des auto-anaphylaxies, par H. Gougerot. *Le Journal médical français*, t. XIX, no 5, mai 1930, p. 160.

Par auto-anaphylaxie, on doit entendre une sensibilisation par des substances que l'individu fabrique lui-même dans ses tissus, puis le déclenchement d'accidents cliniques et humoraux par ces mêmes substances. Ces substances nocives, ainsi produites par le malade, sont comparables à un antigène étranger. Les faits actuellement connus sont dus à des modifications des albumines normales sous l'influence de causes connues, froid, eau, lumière solaire, choc nerveux, etc. ou inconnues. Certaines de ces albumines modifiées devenues nocives appartiennent au groupe de l'histamine. Ces auto-anaphylaxies se traduisent par des troubles humoraux et cliniques généraux et locaux divers et notamment par des dermatoses : urticaire, prurit et prurigo, eczéma, érythème, bulleux ou non, pigmenté nummulaire identique cliniquement aux antipyrinides érythémato-pigmentées fixes de Brocq.

Dans cet article, G. insiste sur 3 séries de faits : urticaire *a frigore*, poussée de dermatite polymorphe de Duhring-Brocq déclenchée par le froid ou par le contact de l'eau (chaude ou froide, érythème nummulaire (bulleux ou non) pigmenté fixe déterminé par des causes inconnues. Il rapporte une suite d'observations qu'il a pu recueillir depuis longtemps ; il expose comment on a pu démontrer la production locale de corps nocifs et leur nocivité. H. Rabeau.

Les méthodes de désensibilisation en clinique, par Pasteur Vallery-Radot et L. Rouquès. *Le Journal médical français*, t. XIX, no 5, mai 1930, p. 184.

Le nombre des méthodes proposées pour lutter contre l'hypersensi-

bilité en clinique suffit à montrer l'efficacité très relative de beaucoup d'entre elles. Le problème de la désensibilisation comporte trois ordres de faits :

1° chercher à préserver momentanément l'organisme contre un choc imminent : c'est la désensibilisation temporaire ou skeptophylaxie ;

2° s'efforcer de faire perdre au sujet son état d'hypersensibilité : c'est la désensibilisation proprement dite, qui peut être spécifique ou non spécifique ;

3° essayer d'agir non sur l'hypersensibilité mais sur les tares nerveuses, organiques, endocriniennes... qui ont permis à l'organisme d'acquérir cette hypersensibilité.

Les auteurs passent en revue toutes les méthodes proposées pour répondre à ces trois ordres de faits, donnant les résultats de leur expérience, et recommandant la prudence chez ces malades qui sont toujours des instables au point de vue humoral.

Voici les directives générales qu'ils conseillent dans une affection due à une hypersensibilité :

1° en présence d'une hypersensibilité à un aliment, à un médicament d'usage exceptionnel, la skeptophylaxie préalable est suffisante ;

2° s'il s'agit d'une hypersensibilité à un agent avec lequel le malade est souvent en contact ou s'il s'agit d'hypersensibilité multiple, la désensibilisation est le but à atteindre.

La désensibilisation spécifique est la plus efficace, elle a ses risques. Elle nécessite une surveillance attentive de la part du médecin, une longue patience de la part du malade.

La désensibilisation non spécifique est la plus facile à utiliser en pratique. La peptonothérapie préprandiale est la méthode de choix pour les hypersensibilités digestives, la peptonothérapie intradermique pour les hypersensibilités respiratoires. En cas d'échec, l'auto-hémothérapie, l'auto-sérothérapie, les hyposulfites, les sels de chaux sont à essayer. H. RABEAU.

Paris Médical.

Les chancres blennorragiques, par G. BELGODERE. *Paris Médical*, 20e année, no 19, 10 mai 1930, pp. 431-438. Bibliographie.

Dans cette revue générale, l'auteur nous rappelle que non seulement le gonocoque peut végéter sur la peau et les muqueuses mais qu'il est capable de les ulcérer comme l'a montré tout d'abord Jullien. Il apporte une observation personnelle de chancre blennorragique chez l'homme avec tous les contrôles désirables : l'aspect de l'érosion, l'adénopathie étaient syphiloïdes mais l'œdème était un peu plus rose.

L'auteur reprend la description des chancres blennorragiques ; chancres fissuraires, surtout ano-rectaux, chancres érosifs, souvent intra-urétraux, chancres ulcéreux, plus rares, chancres serpigineux, chancres phagédéniques voir même chancres extra-génitaux blennorragiques. Ils

sont susceptibles de se compliquer de lymphangite, d'adénite parfois suppurées.

Le diagnostic bactériologique se base sur la présence du gonocoque dans les produits de râclage du fond de l'ulcération, préalablement détergée soigneusement par un lavage prolongé, et bien entendu l'absence de bacille de Ducrey et de tréponème.

A. BOCAGE.

Contribution à l'étude du tabès sympathique, par RISER et P. MÉRIEL. *Paris Médical*, 20e année, n° 20, 17 mai 1930, pp. 447-452.

Les auteurs en rapportent une observation chez un malade ayant des antécédents nets de syphilis, le début se fit par des sensations de brûlures aux membres inférieurs bientôt suivies de troubles vaso-moteurs, modification du tissu cellulaire, inégalité de l'indice oscillométrique d'un côté à l'autre, la modification du réflexe pilo-moteur. Deux ans plus tard, le malade était devenu un grand tabétique et présentait en outre des douleurs causalgiques au niveau de la cuisse, des troubles de la sudation provoquée et il a même une crise d'érythromélalgie à la main.

Les auteurs discutent quel peut avoir été au début la localisation anatomique des lésions expliquant ce début causalgique, c'est-à-dire d'origine sympathique pure des manifestations de ce tabès.

A. BOCAGE.

Application du spirochète hispano-marocain à la pratique de la récurrentothérapie, par P. REMLINGER et J. BAILLY. *Paris Médical*, 20e année, n° 20, 17 mai 1930, pp. 453-457.

Rappelant que l'inventeur de la malariathérapie de la syphilis est un médecin lorrain, Legrain, qui exerçait dans l'Afrique du Nord en 1913, les auteurs font remarquer que cette méthode n'est pas sans danger puisque la mortalité y atteint 7 à 10 o/o, même en tenant compte des contre-indications qui sont très nombreuses. Il est difficile d'éviter que le *plasmodium præcox* ne soit dans la souche injectée mélangé au *plasmodium vivax* ; en outre, on a signalé des contagions dans les salles de malades à la suite de piqûres de moustiques. Bien plus la nécessité du passage d'homme à homme nécessite la création de centres spéciaux de malariathérapie pour avoir toujours des souches toutes fraîches.

Dans ces conditions, il paraît utile de reprendre l'étude de la récurrento-thérapie jusqu'ici beaucoup moins employée en raison de la difficulté et de la délicatesse des manipulations que nécessitent son inoculation. Ces inconvénients sont très marqués avec la fièvre récurrente mondiale (*Spirochæta Obermeieri*), la récurrente Africaine (*Spirochæta Duttoni*), la récurrente américaine (*Spirochæta venezuelensis*). Elles disparaissent si l'on s'adresse à la récurrente américaine due à *Spirochæta hispanicum*. Ces avantages sont : le grand nombre d'accès quatre, cinq et plus au lieu de deux, l'absence d'ictère, de complications

hépatiques, un pronostic plus bénin, une arséno-résistance très marquée et surtout une extrême réceptivité du cobaye donnant de grandes facilités pour la manipulation de conservation du virus. Une souche spéciale a été isolée à l'Institut Pasteur de Tanger. On peut l'expédier à distance par l'intermédiaire d'*Ornithodorus marocanus* gorgé d'un sang contagieux, ces insectes gardent leur virulence pendant plus d'un an et peuvent rester jusqu'à deux années sans manger. A défaut de ces insectes, on peut aussi conserver le *Spirochæta hispanicum* une vingtaine de jours dans du sang de cobaye défibriné réparti en pipettes scellées. A l'arrivée, le sang des pipettes ou les acariens écrasés sont dilués dans un peu d'eau et on instille sur la conjonctive du cobaye, à partir du quatrième ou cinquième jour, le spirille apparaît dans le sang et y reste avec quelques éclipses jusqu'au delà du vingt-sixième jour. Il persiste beaucoup plus longtemps dans le cerveau des cobayes guéris. La conservation du virus est facile dans ces conditions.

L'inoculation au malade se fait en déposant sur la conjonctive ou sur les fosses nasales quelques gouttes de sang spirillien. Les accès fébriles apparaissent du sixième au dixième jour.

Reste à comparer sur un nombre suffisant d'observations la récurrentothérapie avec la malariathérapie. Les vingt premiers résultats connus sont très encourageants. A. Bocage.

Presse Médicale (Paris).

La talalgie blennoragique, par S. Baudet. *Presse Médicale*, 38 année, n° 36, 3 mai 1930, p. 604, 5 fig.

A côté des inflammations des tissus péri et sous-calcanéens la radiographie a montré la fréquence de ces exostoses du calcaneum, véritables épines venant traumatiser les tissus et responsables de l'algie calcanéenne. B. montre comment on doit les rechercher ; leur diagnostic est facile. Leur traitement doit être l'ablation chirurgicale, aussi soigneuse que possible de façon à ne pas laisser de débris périostiques susceptibles d'amener des récidives. H. Rabeau.

Les claso-vaccins ; vaccinothérapie des dermatomycoses et de leurs séquelles-allergiques, par H. Jausion et R. Sohier. *Presse Médicale*, 38e année, n° 37, 7 mai 1930, p. 621, 6 fig.

En mai 1929, à la Société Française de Dermatologie, les auteurs ont exposé la technique de leur préparation de claso-vaccins mycosiques. Ils donnent dans cet article de nouvelles précisions sur cette préparation, la posologie de ces vaccins, et les réactions qu'ils peuvent provoquer. Ils ont ainsi traité 45 malades atteints de dermatomycoses et 17 d'eczématides consécutives, avec 36 et 14 guérisons. Ce sont des résultats qui comptent. On trouvera résumées les observations les plus démonstratives. « Les claso-vaccins polymycosiques, disent-ils, produit d'une dislocation brutale du mycelium d'hyphomycètes, semblent résoudre,

à l'approximation biologique près, le problème de la biothérapie des mycoses ». H. Rabeau.

Epithélioma de Rœntgen. Ulcère guéri en une seule séance par diathermo-coagulation, par J. Nicolas (de Marseille). *Presse Médicale,* 38e année, n° 37, 7 mai 1930, p. 631, 2 fig.

Auto-observation de N., radiologiste de la première heure, qui, en 1929, voit s'installer un épithélioma occupant les faces dorsale et externe de la phalangine du médius droit. Lésion de 2 centimètres de large, avec ulcération centrale de 6 centimètres, fond villeux saignotant, cerné d'un bourrelet de 6 millimètres de large très induré et surélevé de 3 à 4 millimètres. Opération par le professeur Bordier sous anesthésie locale. Chute de l'escarre au 9e jour, cicatrisation rapide, cicatrice souple, n'entraînant aucune gêne fonctionnelle. Comme on le voit, aucune autre méthode ne pourrait donner un résultat comparable. H. Rabeau.

Sur un test thérapeutique pour la différenciation des modalités anatomo-biologiques de la syphilis nerveuse, par R. Targowla. *Presse Médicale,* 38e année, n° 40, 17 mai 1930, p. 672.

T. estime que « l'épreuve du traitement » dans la syphilis nerveuse permet de différencier ses modalités, et ainsi d'établir la conduite à tenir pour l'avenir. La ponction lombaire et toutes les réactions du liquide céphalo-rachidien ayant été pratiquées, le malade est soumis pendant un mois à six semaines à un traitement mixte, arsenical et bismuthique. Trois injections intramusculaires par semaine d'un sel arsenical (de préférence un composé pentavalent), et trois injections bismuthiques à petites doses. A la fin de la série de traitement, nouvelle rachicentèse et examen comparatif des résultats de l'examen du liquide céphalo-rachidien. Ou bien le syndrome humoral n'est pas sensiblement modifié ; ou bien les réactions humorales sont fortement réduites. Dans le premier cas, il s'agit de paralysie générale, dans le second, de syphilis artério-méningée. Le résultat de cet examen comporte une application pratique de grande importance. Dans un cas, il y aura lieu d'avoir recours à la malariathérapie, dans l'autre de poursuivre un traitement spécifique rationnel. H. Rabeau.

Journal de Médecine de Lyon.

L'intradermo-réaction dans la lymphogranulomatose inguinale, par Nicolas, Favre et Lebeuf. *Journal de Médecine de Lyon,* n° 249, 20 mai 1930, p. 295.

Inoculation dans le derme d'un antigène préparé, soit avec du pus, soit avec du tissu lymphogranulomateux.

Cette réaction est presque toujours positive dans la maladie de Nicolas, négative dans les autres maladies.

Son intensité paraît être en rapport avec celle de l'adénite. Elle apparaît de une à trois semaines après le début de l'infection et persiste très longtemps.

La lymphogranulomatose s'accompagne donc de modifications humorales. JEAN LACASSAGNE.

Les manifestations cutanées révélatrices des maladies viscérales, par GATÉ. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 249, 20 mai 1930, p. 303.

L'auteur rapporte l'observation d'une malade syphilitique, atteinte d'accidents viscéraux multiples, chez laquelle, à l'autopsie on a découvert fortuitement des lésions de myosite gommeuse sous-jacente à des syphilides cutanées tuberculo-ulcéreuses. Les altérations musculaires étaient indépendantes des lésions cutanées.

Cette myosite existait sans provoquer de gêne apparente dans les fonctions des muscles altérés.

L'atteinte du muscle au cours de la syphilis, serait d'après F., plus fréquente qu'on ne le suppose. JEAN LACASSAGNE.

La syphilis musculaire latente, par FAVRE. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 249, 20 mai 1930, p. 299.

Ce travail envisage les dermatoses qui sont le reflet d'une maladie générale ; il prouve une fois de plus que la dermatologie n'est qu'une branche de la médecine et que pour être un bon dermatologiste, il faut d'abord être un bon médecin. JEAN LACASSAGNE.

Les acquisitions récentes sur la question de la maladie de Paget du mamelon, par MASSIA et ROUSSET. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 249, 20 mai 1930, p. 311.

La maladie de Paget du mamelon est une entité morbide bien individualisée à l'heure actuelle, cliniquement et anatomiquement. On ne discute plus que sur sa pathogénie. En face des partisans de la maladie autonome, de la dyskératose pré-épithéliomateuse susceptible de dégénérer et de donner naissance à un néoplasme, se dressent les partisans de la théorie du cancer épidermotrope.

M. et R. après avoir fait une revue critique des théories soutenues pour expliquer cette affection, rappellent les cinq cas qu'ils ont publiés récemment. Des recherches qu'ils ont poursuivies sur la structure normale du mamelon des vieilles femmes et des constatations qu'ils ont faites dans des cas de dyskératose pré-épithéliomateuse d'autres régions, ils concluent que la maladie de Paget est de nature cancéreuse. Mais ils estiment que les théories actuelles sont insuffisantes pour expliquer l'ensemble des faits observés et ils proposent une nouvelle hypothèse plus conforme selon eux aux constatations récentes faites par différents auteurs ou par eux-mêmes.

M. et R. estiment que la maladie de Paget du mamelon est bien une affection cancéreuse. Celle-ci naît dans le mamelon même et se propage ensuite à la fois à la peau et dans la profondeur ; de plus ce cancer

a un type spécial parce qu'il naît dans une région normalement dyskératosique, M. et R. ont pu constater en effet que, chez les femmes âgées, plusieurs points des tissus du mamelon sont toujours abondamment pourvus de cellules dyskératosiques. Ces points sont : l'épiderme, l'abouchement épidermisé des galactophores et les canaux d'excrétion des glandes sébacées au niveau de leur abouchement à la peau ou dans les galactophores.

M. et R. envisagent ainsi la pathogénie de la maladie de Paget : une tumeur épithéliale se développe au niveau du canal galactophore, c'est-à-dire au niveau d'une zone formée par un tissu épithélial à cellules en dyskératose ; cette tumeur est intramamelonnaire ; elle s'étend ensuite de proche en proche dans les deux sens et atteint bientôt la peau qui est voisine en même temps qu'elle gagne lentement dans la profondeur.

L'évolution est lente, ce qui est fréquent, dans les cancers cutanés (dans les baso-cellulaires par exemple). Après un temps variable d'évolution, le développement devient plus rapide et se fait sous la forme d'une tumeur dans les canaux galactophores profonds (à épithélium cubo-cylindrique). JEAN LACASSAGNE.

Les jeunes vagabondes prostituées en prison. L'insuffisance et les dangers des mesures prescrites par la loi du 24 mars 1921 en ce qui concerne les affections vénériennes, par V. MOURET et JEAN LACASSAGNE. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 249, 20 mai 1930, p. 323.

Les jeunes prostituées mineures arrêtées pour vagabondage sont très fréquemment atteintes de blennorragie. Il incombe à l'autorité qui les détient, de les traiter dès leur incarcération, or la plupart des prisons ne possèdent aucune organisation pour le traitement des manifestations gonococciques.

Des sélections s'imposent aussi pour empêcher la transmission des maladies vénériennes aux autres pensionnaires des établissements préposés à la garde des mineures par décision des tribunaux.

JEAN LACASSAGNE.

Lyon Médical.

Chorée et hérédo-syphilis, par MOURIQUAND, SÉDALLIAN et Melle WEILL. *Lyon médical*, t. CXLV, 62e année, n° 20, 18 mai 1930, p. 660.

Deux cas de chorée guéris par traitement bismuthique. A dessein, les auteurs ont employé un médicament ne contenant pas d'arsenic.

Aucun des deux malades n'avait d'antécédents suspects et aucun stigmate typique à l'examen clinique. Seule la réaction de Wassermann était légèrement positive dans le sang des deux enfants.

Les auteurs concluent que l'hérédo-syphilis n'est pas, à leur avis, à l'origine de toutes les chorées, mais qu'elle semble jouer un rôle dans un certain nombre de cas. JEAN LACASSAGNE.

Archives de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier.

Le bromure de radium dans l'urétrite gonococcique, par Marcel SIMONNET. *Archives de la Soc. des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, mai 1930, p. 269.

L'auteur associe au traitement classique de la blennorragie par les grands lavages urétro-vésicaux, un traitement urétral par bougies au bromure de radium (1 microgramme).

Les bougies sont placées tous les deux jours et doivent rester en contact avec les muqueuses un minimum de quatre heures.

Les deux premières bougies amènent une recrudescence de l'écoulement qui se calme et devient muqueux dès le dixième jour. La durée du traitement est d'environ 20 jours. PAUL VIGNE.

Algérie Médicale (Alger).

Zona et varicelle, par GILLOT et SARROUY. *Soc. de Méd d'Alger*, 14 décembre 1929, *in Algérie Médicale*, n⁰ 30, p. 221.

Les auteurs apportent deux observations : la première est celle d'un garçon de 11 ans qui, malgré une varicelle 6 ans auparavant, a présenté un zona lombo-sacré ; la deuxième un zona intercostal gauche survenu il y a quelques mois chez une femme de 30 ans. Elle n'a qu'un enfant qui avait l'habitude de dormir contre le sein de sa maman. Isolé depuis 14 jours, il présente une varicelle intense sans que l'on puisse invoquer une contagion directe. PAUL VIGNE.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur l'étiologie des nodules des laitiers (Beitrag zur Ætiologie der melkerknoten), par H. GOTTRON. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVIII, f. 4, mai 1930, p. 207.

Depuis 1899, à la suite des travaux de Winternitz, l'attention a été attirée sur des lésions signalées et étudiées d'ailleurs avant lui, et qui surviennent sur les mains des gens qui traient les vaches. L'étiologie en était restée indéterminée. G. a pu montrer qu'il s'agissait là d'inoculations vaccinales en inoculant au pis d'une vache le produit de semblables nodules excisés sur les mains d'une vachère de 19 ans. Ce qu'il y a de particulier, c'est que la lésion vaccinale, chez les malades, présente un type papuleux. Il est à remarquer que le pus provenant de l'inoculation positive de la vache n'a pas pu provoquer de kératite d'inoculation au lapin ; en outre cette vache porteuse d'un cowpox bien net a pu être inoculée avec du pus provenant d'un veau antérieurement inoculé. Il faut donc admettre que l'immunité dans ces cas n'apparaît que tardivement ou que la quantité ou la qualité du virus réinoculé joue un rôle. Le virus des nodules des laitiers serait très peu

virulent. D'autre part, une sœur de la malade, qui présentait aussi des nodules, fournit des lésions avec lesquelles, après fluorescéine, on réussit à inoculer la cornée du lapin. D'autre part, il peut y avoir transport du virus par la voie sanguine, car G. a pu observer une sorte d'érythème polymorphe chez une femme de 54 ans où un nodule de laitier était apparu sur une coupure du doigt. Il existe d'ailleurs parfois sur les doigts des laitiers d'autres variétés granulomateuses, plus ou moins planes, bleuâtres, etc. Ch. Audry.

Sur la pathogénie et le diagnostic différentiel des affections bulleuses dysidrosiques et dysidrosiformes des mains et des pieds (Zur Pathogenese und Differientialdiagnose dyshidrotischer und dyshidrosiformer Bläschenerkrankungen der Hände und Füsse), par A. Marchionini. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVIII, f. 4, mai 1930, p. 222.

Le diagnostic entre la dysidrose vraie de Fox et les éruptions dysidrosiformes (parasitaires ou toxiques) est très souvent impossible. En mesurant le *p*H du liquide des vésicules, M. est arrivé à constater que la dysidrose vraie se maintient autour de 5 ; les dysidroses mycéliennes ou bactériennes, autour de 7 (neutre) ; les dermites dysidrosiformes, l'eczéma et les épidermophytides, entre 7,2 et 8,2 (alcalinité franche). La valeur du *p*H de la dysidrose vraie correspond à celle de la sueur et des rétentions sudorales (miliaire, épidermocystes de l'érythème par rayons ultra-violets). On est donc en droit de conclure à l'origine sudorale de la dysidrose vraie. La mesure électrique du *p*H n'est pas à la portée de tous. M. emploie et conseille le papier de tournesol bleu qui rougit intensément sous l'action de la sueur et du contenu des vésicules dysidrosiques vraies ; les autres affections dysidrosiformes ne modifient pas sa teinte. L. Chatellier.

Sur la trichotillomanie (Ueber trichotillomanie), par S. Dohr. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVIII, f. 4, mai 1930, p. 236, 2 fig.

Un cas du syndrome décrit par Hallopeau, observé sur une japonaise de 17 ans, nerveuse. Ch. Audry.

Sur les nævi des glandes sudoripares (Ueber Schweissdrüsennævi), par R. Geiger. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVIII, f. 4, mai 1930, p. 240, 1 fig.

Dans la première observation de ce travail, la tumeur a un aspect franchement angiomateux ; dans la deuxième, elle est pigmentée et papillomateuse. Le microscope montre que les deux tumeurs constituent des nævi sudoripares, on constate non seulement une augmentation des glomérules, mais une énorme dilatation de quelques tubuli. Mais surtout il existe une angiomatose des plus nettes du derme papillaire et profond. Cette angiomatose frappe surtout les veines, mais elle atteint, à un degré moindre, artères et lymphatiques. On ignore les rapports qui unissent ces deux anomalies : glandulaire et vasculaire. Leur concomitance, si fréquente, n'est pas purement accidentelle.

L. Chatellier.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Un cas d'acrodermatite continue (Hallopeau) (Ein Fall von Acrodermatitis continua) (Hallopeau), par H. Hees. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, nº 18, 3 mai 1930, p 605, 4 fig.

Une observation recueillie chez une fille de 14 ans, chez laquelle la maladie, très bien caractérisée, de la peau des mains et des pieds, s'accompagna à plusieurs reprises de poussées papuleuses, pustuleuses, érythémato-squameuses à peu près généralisées. Tous les traitements : auto-vaccins, trypaflavine, ovariothérapie, émanation de radium, etc., n'ont fourni que des résultats nuls ou temporaires (formule sanguine normale, sauf leucocytose légère). Ch. Audry.

Un cas de lymphogranulomatose avec troubles particuliers de la kératinisation cutanée (Ein Fall von Lymphogranulomatose miteigenartiger Keratinisationstorüngen der Haut), par F. v. Peor. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, nº 18, 3 mai 1930, p. 609, 2 fig.

Il s'agit d'un homme de 39 ans, atteint depuis 2 ans d'amaigrissement, d'atrophie des extrémités, et d'un état squameux, ou, ichtyosiforme du tégument. Mort et autopsie d'une lymphogranulomatose (Sternberg) parfaitement caractérisée. Il existait en outre des pustules disséminées sur la peau. Au microscope, peau atrophique recouverte d'une épaisse couche parakératosique. Ch. Audry.

Pelade et maladies infectieuses aiguës (Alopecia areata und akute Infektions Krankheiten), par R. Rosenthal. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, nº 18, 3 mai 1930, p. 612

R. rappelle qu'on a déjà signalé l'apparition de pelade après la grippe et autres maladies aiguës. Lui-même en donne brièvement 6 exemples. Il note particulièrement l'influence déjà signalée de lésions buccales et amygdaliennes. Ch. Audry.

Un cas de chromoblastomycose (Ein Fall von Chromoblastomycose), par N. Pozojewa. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, nº 18, 3 mai 1930, p. 615, 3 fig.

La maladie est surtout tropicale. Dans ce cas (russe), il s'agit d'un homme de 42 ans, syphilitique, portant sur le dos du pied une plaque verruqueuse. L'examen histologique montra dans un micro-abcès les spores noires de *Phialophora verrucosa*, qui se retrouvaient d'ailleurs aussi dans les tissus non abcédés. Ch. Audry.

Sur un cas de chancre syphilitique développé sur une récente cicatrice du cul-de-sac de Douglas (Ueber einen Fall von Primaraffekt auf einer frischen Douglas incisions narbe), par C. Haack. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, nº 18, 3 mai 1930, p. 618, 1 fig.

A propos des travaux de Rille, insistant sur la fréquence méconnue des chancres syphilitiques du vagin, H. rapporte l'observation d'une femme de 22 ans, blennorrhagique, avec abcès dans le Douglas, qui

avait été ouvert 2 mois plus tard. On l'a revue avec un chancre syphilitique développé sur la cicatrice de cette incision.

Ch. Audry.

Schizosaccharomycide avec efflorescences pityriasiformes et pompholyciformes (Pityriasis rosé de Gibert et Pompholyx d'Hutchinson) (Schizosacharomycid mit pityriasiformen und pomplohyziformen Efflorescenzen (Pityriasis rosea Gibert und Pompholix Hutchinson), par T. Benedek. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 19, 10 mai 1930, p. 633, 2 fig.

Les localisations palmo-plantaires du pityriasis rosé de Gibert sont très rares ; l'association du pityriasis rosé et du pompholyx palmo-plantaire est tout à fait exceptionnelle. B. a eu l'occasion d'observer et d'étudier un cas de pityriasis accompagné d'une éruption dysidrosique palmo-plantaire : début par des vésicules aux deux pieds, puis éruption généralisée de pityriasis rosé, et dysidrose sèche des paumes. La culture montre sur le cuir chevelu le *Schizosaccharomyces hominis* (type cutané) ; et dans les efflorescences du tronc et dans les vésicules, le « type sanguin » du parasite. Les réactions allergiques locales, générales et focales sont positives. Guérison rapide de toutes les manifestations par deux injections intradermiques de vaccin. Tous ces résultats sont donc, pour B., la preuve de l'identité étiologique des deux éruptions, qui sont causées par le *Schizosaccharomyces hominis*.

L. Chatellier.

Sur la pseudo pelade de Brocq (Ueber Pseudopelade Brocq), par Troitzkaja. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 10, 19 mai 1930, p. 642.

Rien de nouveau, si ce n'est un développement notable de lésions périsudoripares, ce qui diffère de la description originelle de Brocq, où celles-ci sont indiquées comme à peu près respectées.

Ch. Audry.

Explications sur l'action du mercure dans l'organisme syphilitique, avec remarques sur l'accumulation du mercure dans la peau saine et la peau malade (Ideen über die Erklärung der Quecksilberwirkung im syphilitischen Organismus, mit besonderer Berücksichtigung der Anhäufung des Quecksilbers im gesunden und kranken Hautgewebe), par E. Neuber. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 19, 10 mai 1930, p. 647.

Sur un syphilitique secondaire traité par des injections répétées de sublimé, N. prélève des fragments de même poids au niveau des lésions syphilitiques (condylomes) et au niveau de la peau saine ; puis il recherche la quantité de mercure accumulée dans les unes et l'autre. Le tissu malade fixe beaucoup plus de Hg que la peau saine ; la quantité est trop faible pour qu'on puisse lui attribuer une action directe sur le tréponème. Le médicament agit, pour N., comme un stimulant des processus de défense ; les substances antiparasitaires, produites ainsi en excès, se répandent dans tout l'organisme.

L. Chatellier.

La circoncision prophylactique (Die prophylaktische Zirkumzision), par H. LEUCHTER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 19, 10 mai 1930, p. 653.

La circoncision rituelle est, de temps à autre, compliquée d'accidents graves (tuberculose, phlegmon, érysipèle). D'après les constatations faites de divers côtés, la syphilis est beaucoup plus rare chez les circoncis, grâce à l'endurcissement progressif de la muqueuse balano-préputiale, si souvent macérée et enflammée, faute d'hygiène, chez les non-circoncis. Il en va de même pour la chancrelle, les balanites, et même l'épithélioma. Faite avec les soins habituels d'asepsie, la circoncision est vraiment une mesure « prophylactique ».

L. CHATELLIER.

Nodules juxta-articulaires dans la Syphilis (Ueber juxtaartikuläre Kerotenfildung bei Syphilitikern par S. STERN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 20, 17 mai 1930, p. 677 4 fig.

On sait maintenant que les nodules de Jeanselme ne s'observent pas seulement dans les pays tropicaux ; il en existe au moins 84 cas européens, et la syphilis en réclame un bon nombre. S. donne 2 observations personnelles : les lésions occupaient les coudes ; dans un cas, elles étaient associées à des syphilides tuberculeuses ; dans l'autre, il s'agissait d'une syphilis récente, vigoureusement traitée.

CH. AUDRY.

Sur les mycoses des cils et sourcils (Zur Frage der Pilzerkrankungen der Augenlider und Wimpern), par A. ARIJEWITSCH. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 20, 17 mai 1930, p. 683, 1 fig.

Chez un enfant de 10 ans, d'une famille de teigneux, il existait sur les deux yeux, une blépharoconjonctivite violente, et une alopécie sourcilière.

L'examen microscopique et la culture montrèrent qu'il s'agissait d'une microsporie, probablement due au lanosum, infection probablement d'origine équine. CH. AUDRY.

Traitement de la maladie de Paget (mamelon) par les rayons X (Ueber die Rontgentherapie der Paget Disease), par NUCENDE. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 20, 17 mai 1930, p. 687.

Chez une femme de 52 ans, présentant une dermite de Paget du mamelon (examen histologique) sans participation apparente de la mamelle, la radiothérapie procura seulement une guérison éphémère, bientôt suivie d'une récidive ; il fallut enlever le sein.

CH. AUDRY.

Métastases cutanées hématogènes au cours de l'ulcère aigu vulvaire (Beitrag zur kenntniss der hämotogenen Haut metastasen bei ulcus vulvœ acutum), par WALTER et ROMAN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 21, 24 mai 1930, p. 705, 2 fig.

Chez deux filles vierges de 24 et 19 ans, accidents d'érosions aiguës

vulvaires (ulcus acutum de Lipschutz) associées à des accidents aphteux de la bouche, et à une éruption cutanée papulo-pustuleuse. Sur les coupes de la vulve (mais non dans les efflorescences cutanées), *bacillus crassus*. W. et R. ne croient pas que les aphtes buccales fussent de même nature que les ulcérations vulvaires, parce qu'ils n'y ont pas trouvé de *bacillus crassus*, qu'ils regardent comme l'auteur de la maladie et comme pouvant, par généralisation hématique, déterminer une éruption cutanée, où d'autres auteurs ont retrouvé le *bacillus crassus*.

CH. AUDRY.

Atrophodermie vermiculaire des joues (Atrophodermia Vermicularis der Backen), par J. ZOON. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 21, 24 mai 1930, p. 710, 4 fig.

Un cas type chez un garçon de 10 ans, de la lésion décrite par Darier, Brocq, etc. Dans ce cas, les lésions histologiques comportaient d'importantes altérations folliculaires (déformation, rétention kystique, kératose ostéo-folliculaire), disparition du tissu élastique autour des follicules, formations élastomateuses dans le derme.

CH. AUDRY.

Les contaminations syphilitiques ont-elles diminué en Hongrie ? (Hat die Zahl der Syphilitischen Infektionen in Ungarn abgenommen), par V. BERDE. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 21, 24 mai 1930, p. 715.

Le nombre de syphilis fraîches, en Hongrie comme partout, a décliné rapidement après 1920 ; le minimum atteint se place vers 1925. En 1928 et 1929, recrudescence notable, constatée dans d'autres pays, malgré les perfectionnements apportés à la lutte antivénérienne. Ce fait est encore inexpliqué ; des facteurs sociaux divers interviennent, et peut-être convient-il aussi d'invoquer le « génie épidémique » encore inconnu.

L. CHATELLIER.

Dermatite par feuille de figuier (Feigenbaum dermatitis), par C. BERTIN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 22, 31 mai 1930, p. 733.

B. a observé une petite épidémie de dermatite papuleuse, vésiculeuse, bulleuse, pustuleuse, prurigineuse, siégeant sur les extrémités et les parties découvertes d'un groupe d'enfants jouant à l'ombre d'un figuier (en Palestine). Il a pu reproduire les mêmes désordres avec des applications de latex de feuilles de figuier.

CH. AUDRY.

Démonstration d'un état allergique dans l'herpès menstruel (Nachweis eines allergischen Zustandes bei Herpes menstrualis), par H. GÉBER et E. RAJKA. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 22, 3 mai 1930, p. 737.

A l'occasion d'un cas d'herpès menstruel, les auteurs ont tenté et réussi chez le lapin, la transmission passive de la sensibilité : l'animal, après avoir reçu une injection du sérum de la malade, est inoculé avec une émulsion du suc herpétique. Cette inoculation est suivie d'hyperhémie et d'œdème.

La réaction de Prausnitz-Küstner se montre positive chez la patiente. L'injection de l'émulsion du suc herpétique détermine, chez la malade, une poussée entre les règles, suivie de la disparition de toute éruption pendant 10 mois. La réaction est ensuite recherchée avec du sérum prélevé toutes les demi-heures avant et après inoculation d'émulsion et injecté à des individus sains. Elle se montre positive (méthode de Lehner-Rajka). L. Chatellier.

Le traitement de la tuberculose cutanée par les injections d'huile de foie de morue iodée d'après Jaczewski (Die Behandlung der Hauttuberkulose mittels Jodlebertrauinjektionen nach Jaczewski), par O. Blatt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, no 22, 31 mai 1930, p. 741.

La méthode de Jaczewski consiste en : injections intramusculaires d'huile de foie de morue additionnée de teinture d'iode (1 pour 20 d'huile), 5 centimètres cubes tous les 5 jours ; teinture d'iode *per os* ; 1 cuillerées à soupe d'huile et 2 cuillerées à soupe d'eau de chaux par jour ; badigeonnages des lésions à la teinture d'iode.

La méthode Jaczewski associée aux pansements à l'huile de foie de morue amène rapidement la guérison des ulcères tuberculeux. C'est la méthode de choix dans toutes les tuberculides et elle représente un excellent adjuvant dans le lupus vulgaire. Son efficacité dans le lupus érythémateux ne peut encore être appréciée.

L. Chatellier.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Les composés sulfhydriques de l'épiderme et leurs rapports avec la mélanogénèse et la kératinisation (On the sulphydryl-containing constituent of the epidermis and its relationship to melanogenesis and keratinization), par Percival et Stewart. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, no 499, mai 1930, p. 215, 5 fig.

Le nitroprussiate de soude donne avec les sulfures alcalins une coloration rouge pourpre et constitue un excellent réactif pour déceler les quantités les plus minimes de soufre dans les substances organiques (peau, corne, cheveux, ongles).

A l'aide de cette réaction, P. et S. ont étudié la distribution des composés soufrés dans la peau et leur rôle dans les fonctions de pigmentation et de kératinisation.

Dans la peau normale, la réaction au nitroprussiate de soude s'obtient sous forme de coloration pourpre dans la partie vivante de l'épiderme (couche muqueuse), dans les follicules pileux, les muscles érecteurs, les parois artérielles, les glandes sudoripares, les parois des glandes sébacées ; l'épithélium des muqueuses se colore sur toute sa hauteur.

D'après l'étude qu'en ont fait P. et S., la substance dérivée de l'acide sulfhydrique, dont la présence est révélée par le nitroprussiate, ne joue aucun rôle dans la mélanogénèse. On sait que la mélanine ne

contient pas de soufre. Par ailleurs, l'intensité de la réaction s'étant montrée invariable sur des peaux anormalement pigmentées (vitiligo, pigmentation par rayons ultra-violets, etc.), alors que la Dopa-réaction, pratiquée parallèlement, variait suivant l'intensité du processus pigmentaire, il faut conclure que cette substance n'intervient pas non plus dans la production de la mélanine.

Il semble, par contre, qu'elle joue un rôle dans les processus de kératinisation. Il est vrai que la couche cornée normale ne se colore pas par le nitroprussiate, mais on peut faire apparaître la réaction en faisant agir sur elle un réducteur fort. D'autre part la réaction est positive dans tous les cas de kératinisation anormale ; dans la couche parakératosique du psoriasis, le contenu dyskératosique du *molluscum contagiosum*, etc. Il semble donc que la substance soufrée en question intervient dans la production, sinon de la kératine elle-même, tout au moins d'une pro-kératine. S. Fernet.

Proceeding of the Royal Society of Medicine (Londres).

Le traitement des ulcères variqueux (The treatment of varicose ulcer), par Dickson Wright. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. XXIII, n° 5, mai 1930, p 1032.

Toutes les complications des varices, y compris l'infection, qui paraît dominer dans l'étiologie des ulcères variqueux, sont secondaires et sont déterminées par l'augmentation de pression des colonnes sanguines dans les veines variqueuses. Partant de ce principe, W. traite les ulcères variqueux par la compression au moyen de bandes circulaires d'emplâtre adhésif qui ne sont changées que tous les 8 jours. Le traitement est ambulatoire ; les malades continuent à vaquer à leurs occupations. Tous les 8 jours, on pratique des injections sclérosantes dans les veines apparentes, puis on remet le pansement compressif à l'emplâtre. L'effet de ce traitement est qualifié par W. de miraculeux : en un an, 147 cas d'ulcères variqueux anciens, étendus, profonds ont été guéris ou considérablement améliorés. Le pansement compressif à l'emplâtre adhésif a pour effet de supprimer la douleur, de diminuer l'infiltration, de nettoyer et de désodoriser les ulcères mieux que tous les antiseptiques et de favoriser l'épidermisation qui, dans certains cas, se fait avec une rapidité remarquable. S. Fernet.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago)

Cysticercose sous-cutanée chez l'homme (Subcutaneous cysticercosis cellulosæ in man), par Chuan-Kuei, OO-Kek Khaw et Frazeir. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXI, n° 5, mai 1930, p. 777.

Les six cas de cysticercose sous-cutanée et musculaire, étudiés dans ce travail, ont été observés en Chine.

Au point de vue du diagnostic, les auteurs insistent sur la ressem-

blance des tumeurs à cysticerques avec les kystes sébacés et les fibromes. Les cysticerques sont aussi mobiles sous la peau que des corps étrangers ; ils sont d'une dureté élastique, habituellement multiples, mais tous sensiblement de la même taille : environ 1 centimètre de diamètre. Les kystes sébacés sont adhérents à la peau et, par conséquent, n'ont pas cette mobilité caractéristique ; les fibromes, lorsqu'ils sont multiples, sont habituellement de différentes tailles.

L'éosinophilie, signalée comme fréquente et pouvant s'élever à 20 o/o, est inconstante ; elle n'existait dans aucun des cas cités.

Les rayons X ne révèlent que les cysticerques calcifiés ; la calcification est, cependant, rare même lorsque les tumeurs existent depuis de longues années.

Les intradermo- et les cuti-réactions faites avec le contenu limpide du cysticerque ont toujours été négatives. S. Fernet.

Granulome à coccidioïdes (Coccidioidal granuloma), par Jacobson. *Archives of Dermatology and syphilology*, vol. XXI, no 5, mai 1930, p. 790, 12 fig.

Exposé et mise au point des connaissances actuelles sur la blastomycose à coccidioïdes qui, sous ses diverses formes cliniques, cause de grands ravages dans certaines régions de l'Amérique. Maladie mortelle à plus ou moins longue échéance, elle s'accompagne dès son début ou au cours de son évolution de lésions cutanées nodulaires, gommeuses, ulcéreuses, papillomateuses. Parmi tous les traitements appliqués, seul le tartre stibié paraît être doué d'une certaine efficacité, mais n'assure pas la guérison. J. a tenté de traiter 15 malades par des injections intramusculaires de cuivre colloïdal et des injections dermiques de vaccin (coccidioidine-B), qui lui ont donné des résultats encourageants. S. Fernet.

Lichen spinulosus consécutif à une réaction de Schick (Lichen spinulosus following intradermal application of diphteria toxin), par Becker. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXI, no 5, mai 1930, p. 839.

Le lichen spinulosus représente un type de réaction folliculaire à des agents infectieux divers ou à leurs toxines, à des agents chimiques et peut-être à d'autres agents de nature inconnue.

L'observation citée par B. concerne un enfant de 6 ans qui présenta, 2 jours après une réaction de Schick positive, une éruption d'abord érythémateuse généralisée, puis un lichen spinulosus généralisé qui persista pendant 3 semaines et disparut ensuite spontanément.

S. Fernet.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

La transplantation des tissus pour le diagnostic de la guérison de la syphilis (Tissue transplants in the diagnosis of the cure of syphilis), par Greenbaum. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCIV, no 19, 10 mai 1930, p. 1464.

Les arguments cliniques et sérologiques ne suffisent pas pour affirmer d'une façon absolue la disparition des tréponèmes de l'organisme et, par conséquent, la guérison de la syphilis. On a voulu voir dans la transplantation des tissus suspects au lapin un nouveau test de guérison ; on sait que les ganglions inguinaux du lapin syphilisé contiennent des tréponèmes d'une façon si constante que leur présence ou leur absence en cette localisation suffisent pour affirmer ou pour nier l'existence d'une syphilis d'inoculation. La greffe des tissus paraît être supérieure à l'inoculation simple.

Les expériences de G. montrent que cette méthode des transplantations tissulaires au lapin n'a pas de grande valeur comme test de guérison de la syphilis. Lorsqu'on greffe au lapin des fragments de ganglions inguinaux prélevés au cours des syphilis jeunes, non traitées, la syphilisation du lapin est de règle, mais lorsque la syphilis date de plus de 2 ans et même lorsqu'elle n'a pas été traitée, on ne compte plus que 40 o/o d'inoculations positives.

Sur 16 transplantations de peau, macroscopiquement indemne de lésions, prélevée sur des syphilitiques jeunes après la disparition totale de la roséole, deux ont syphilisé les lapins. Il faut donc admettre que des tréponèmes peuvent séjourner dans la peau sans occasionner de lésions apparentes et on peut se demander si leur présence latente dans la peau ne détermine pas, ultérieurement, à l'occasion d'une exaltation de virulence, la formation des gommes cutanées.

La transplantation de fragments de leucoplasie verruqueuse dans le scrotum du lapin n'a pas été suivie d'éclosion de syphilis.

La méthode des transplantations, pas plus que celle des inoculations, ne peut donc servir de test de guérison de la syphilis. Cette méthode a eu, cependant, l'avantage de montrer que les tréponèmes disparaissent spontanément des ganglions chez beaucoup de syphilitiques non traités ou traités insuffisamment et non guéris. Elle a permis de plus, de constater que des tréponèmes virulents peuvent se trouver dans la peau alors qu'il n'existe aucune lésion apparente.

S. Fernet.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Intoxication salvarsanique et mélanodermie (Mit melanodermie nichergeheude Salvarsan-Intoxicationen), par J. Schlaumadinger. *Wiener Klinische Wochenschrift*, nº 18, 1er mai 1930, p. 556, 3 fig.

Deux observations conformes aux habituelles.

Ch. Audry.

Accidents cérébraux graves après le spirocid (Schweres cerebrales Krankheitsbild nach Spirocid), par B. Aschner. *Wiener Klinische Wochenschrift*, nº 19, 8 mai 1930, p. 581.

(Le spirocid est le stovarsol allemand). Une femme de 34 ans, atteinte

d'angine de Vincent, prit pendant 4 jours, 2 grammes de spirocid et 1 gramme pendant 4 autres jours. Au 9e jour, exanthème ; puis délire, stupeur ; hyperthésie, etc. ; rétention d'urine. Les accidents guérirent après une douzaine de jours. Ch. Audry.

Sur le traitement spécifique de la syphilis aortique (Ueber dei spezifische Behandlung der Aortensyphilis), par R. Fischer. *Wiener Klinische Wochenschrift*, no 19, 8 mai 1930, p. 598.

Le point important est de s'assurer que les coronaires ne participent pas à la lésion aortique (électro-cardiogramme), car, en cas de coronarite, tout traitement spécifique est absolument contre-indiqué.

Ch. Audry.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.



TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HISTO-PHYSIOLOGIE CUTANÉE

3e MÉMOIRE

LES RAPPORTS MORPHOLOGIQUES ENTRE L'ÉPIDERME ET LE DERME

Par L.-M. PAUTRIER et Fr. WORINGER.

Dans un premier mémoire (1) consacré aux Echanges Dermo-épidermiques et au réseau tropho-mélanique, l'un de nous rappelait déjà, pour la combattre, l'hypothèse, communément admise par la grande majorité des dermatologistes et des histologistes, de l'existence d'une membrane séparant nettement le derme de l'épiderme, membrane mince, sans structure et de nature conjonctive.

Il faisait remarquer combien il était illogique d'admettre l'existence de cette membrane alors que la nutrition de l'épiderme, privé de vaisseaux, dépend étroitement du derme papillaire, celui-ci contenant les vaisseaux qui charrient les matériaux nutritifs nécessaires au maintien de la vie cellulaire. Théoriquement on conçoit mal la présence d'une membrane hyaline qui permettrait bien le passage des cristalloïdes dissous dans le plasma mais arrêterait vraisemblablement certains colloïdes dont l'importance vitale n'est plus à démontrer.

D'autre part, morphologiquement, nous n'avions jamais pu constater la présence de cette membrane, mais simplement l'existence d'un feutrage de fines fibrilles ménageant entre elles des interstices.

(1) L.-M. Pautrier et G. Lévy. Contribution à l'étude de l'histo-physiologie cutanée. Les échanges dermo-épidermiques et le réseau tropho-mélanique. *Annales de Dermatologie,* VIe série, t. V, n° 12, décembre 1924.

Néanmoins, comme il n'entrait pas dans le plan de cet article — consacré à établir l'existence d'échanges dermo-épidermiques par voie intra-cellulaire et inter-cellulaire — d'épuiser cette question, nous nous contentâmes d'y faire allusion, nous réservant de la reprendre ultérieurement.

C'est ce que nous nous proposons de faire aujourd'hui, l'emploi de techniques nouvelles nous ayant d'autre part permis de mettre en évidence certaines propriétés particulières du collagène qui se trouve directement au contact des cellules de la couche basale.

I. — LES DONNÉES CLASSIQUES ET LES RECHERCHES RÉCENTES SUR L'EXISTENCE DE LA MEMBRANE BASALE DERMO-ÉPIDERMIQUE

Avec cette étude, nous abordons un vieux chapitre de l'histologie normale, resté longtemps classique. Le pouvoir évolutif si spécialisé de l'ectoderme, du mésoderme et de l'endoderme embryonnaires, leur séparation morphologique si nette trouvait un appui considérable dans l'idée d'une membrane de séparation. Quand Ranvier, vers la fin du siècle dernier, faisait son cours d'histologie sur la peau, il commençait par tracer une ligne de démarcation sur le tableau noir. C'était la membrane basale. Puis venait d'un côté tout ce qui provenait de l'ectoderme et de l'autre tout ce qui provenait du mésoderme.

Ce n'était pas une vue de l'esprit. La plupart des revêtements épithéliaux ont en effet une limitation nette avec les couches sous-épithéliales, limitation qui est marquée par une zone étroite, mal colorable, arrivant même par places à avoir une individualité propre, comme la membrane de Bowmann dans la cornée. La cornée étant une différenciation évolutive de l'ectoderme, il est facile d'établir une comparaison et de penser que l'épiderme possédait, avec la membrane basale, l'équivalent d'une membrane de Bowmann, cette dernière représentant la membrane basale typique, à double contour, sans structure et s'étalant comme une lame continue sur la face inférieure de l'épithélium antérieur de la cornée.

Les termes de membrane basale (Ranvier) *basement membran* (Todd et Bowmann) *membrana prima* (Hensen) désignent donc cette limite entre tissus ectodermique et mésodermique. Ce qui

nous intéresse ici, c'est uniquement la limite dermo-épidermique cutanée.

Si nous ouvrons le *Traité classique d'histologie* de Prenant, Bouin et Maillard (1911) nous voyons que ces auteurs écrivent que la membrane basale « présente un aspect réfringent, parfois à double contour ou d'une minceur considérable (1 à 2 μ). Les deux faces sont recouvertes de crêtes ou denticulations plus accusées vers le sommet que vers le bord des papilles. Les crêtes internes se continuent avec les fibres conjonctives du derme. Les denticulations externes, très fines et très nombreuses, s'engrènent avec des denticulations semblables qui garnissent la face profonde des cellules épidermiques. Cette membrane est une formation épithéliale ».

Herxheimer (1916) décrit à nouveau la membrane basale et cite environ toute la littérature antérieure à son appui : Kaposi (*Lehrbuch für Hautkrankheiten*), Unna (*Ziemssens Handbuch*), Duhring (*Dieseases of skin*, vol. I, p. 7), Darier (*La Pratique Dermatologique*, vol. 1, p. 21), Heitzmann (*Arch. f. Derm.*, 1890), Rabl (*Mraceks Handbuch*), Wolf (*Lehrbuch der Hautkrankheiten*), Unna-Bloch (*Praxis der Hautkrankh.*), Bettmann (*Einführung in die Dermatologie*), Pinkus (*Haut-und Geschlechtskrankh.*, 1910) reconnaissent tous une membrane basale en lui attribuant toutefois des caractères différents. D'origine épidermique pour quelques-uns, elle est d'origine conjonctive pour la plupart ; là encore, ou bien c'est une substance non déterminée ou une substance voisine de l'élastine ou simplement de la substance collagène. Tous admettent une membrane hyaline, sans structure et quelques-uns lui attribuent des doubles contours. Kœlliker et Riehl nient l'existence d'une membrane basale alors que Herxheimer conclut avec fermeté à l'existence d'une membrane à double contour probablement d'origine collagène.

Plus récemment encore, Born (1921) défend énergiquement l'existence d'une membrane basale, constituée de fibres collagènes et élastiques, formant une couche tissulaire comme une lame et qui enverrait des prolongements fibrillaires mais seulement dans le derme et non vers l'épiderme.

Schæffer dans son *Lehrbruch der Histologie* (1922) admet aussi une membrane basale (p. 86) et s'exprime dans les termes suivants au bas de la page 330 : « Les cellules basales du *stratum germinati-*

vum possèdent une forme cylindrique et une surface basale finement dentelée, dont les denticules s'insèrent dans la couche limitante homogène du derme ».

D'une manière générale, on est resté attaché à l'idée d'une membrane basale malgré les doutes et les idées nouvelles qui commencent à se faire jour. Depuis longtemps déjà nous nous opposions personnellement à l'existence de cette membrane basale ; des techniques histologiques plus récentes et plus précises sont venues à notre aide et ont donné à notre conviction la certitude objective de l'inexistence de cette membrane dans toutes les acceptions du terme.

Déjà plusieurs travaux assez récents récusaient son existence. Fribœs est l'un des premiers à s'opposer à Herxheimer qui est l'un des derniers défenseurs de la basale. Théoriquement, l'existence d'une membrane basale qui fixerait l'épiderme au derme diminuerait pour Fribœs l'élasticité normale de la peau et s'opposerait aux échanges des liquides interstitiels entre le derme et l'épiderme. Au point de vue histologique, cet auteur pense que ce qui est faussement appelé « membrane basale » est constitué par un réseau de fibrilles enchevêtrées formant un feutrage dense (*Verfilzungs-Membran*) au-dessous de la couche basale de l'épiderme et entourant étroitement, en formant comme de petits paniers arborescents, les saillies que peuvent faire les cellules basales. Les prolongements radiculaires protoplasmiques viennent contribuer au feutrage en s'enchevêtrant avec des fibrilles collagènes et élastiques. Fribœs va plus loin pour expliquer l'adhésion intime de l'épiderme au derme et nous ne le suivons plus sur ce terrain qui est plus que discutable. Fribœs pense que les fibrilles du tissu conjonctif sous-épithélial, qui forment le feutrage décrit, envoient des prolongements dans l'épiderme pour y former le système filamentaire. Les filaments d'union et tout l'appareil filamentaire épidermique n'appartiendraient pas en propre à la cellule malpighienne mais seraient en continuité avec le tissu mésenchymateux dermique, sans affirmer par là leur nature collagène. Nous n'insistons pas sur cette conception surprenante parce qu'elle sort du cadre de notre étude, mais nous retenons que Fribœs met à la place d'une membrane basale du tissu fibrillaire fin et enchevêtré.

Busacca est d'accord avec Fribœs, en ce qui concerne l'inexis-

tence d'une membrane basale à proprement parler ; mais il se refuse à admettre un enchevêtrement compliqué de fibrilles. Il voit des fibrilles conjonctives qui s'accolent aux contours ondulants de la couche épidermique basale. Ces fibrilles se natteraient de temps en temps entre elles et pourraient se terminer en quittant leur ordonnance générale et en s'enfonçant à angle droit entre deux cellules basales où elles se perdraient après un trajet très court en atteignant à peine la moitié de la hauteur cellulaire. Busacca admet encore de petites ramifications fibrillaires très fines, se fixant comme une plante grimpante sur les extrémités saillantes des cellules épidermiques. Enfin il admet une substance collante hypothétique (*Klebemasse*) qui s'interposerait comme du mastic dans les espaces virtuels entre derme et épiderme.

Notre élève et ami Kogoj rejette à son tour l'existence d'une membrane basale qui devient incompréhensible alors que l'on connaît les rapports réciproques entre derme et épiderme, rapports nerveux, rapports d'imbibition et de circulation avec le liquide plasmatique ou lymphatique interstitiel. Il admet des fibrilles collagènes pour les 4/5 et élastiques pour 1/5 qui s'élèveraient perpendiculairement du derme vers l'épiderme en s'entrelaçant. Les unes de ces fibrilles s'introduiraient dans les espaces entre les cellules basales et se perdraient aussitôt après avoir parcouru au plus le tiers de la hauteur cellulaire. Les autres se mettraient en rapport avec les prolongements protoplasmiques des cellules basales et avec les fibres de Herxheimer en s'y accolant intimement, quoique sans enchevêtrement comme le pense Fribœs. Le terme de membrane basale étant une erreur, Kogoj pense qu'il faudrait le remplacer désormais par le terme de « epidermo-kutane Grenzzone », c'est-à-dire « zone dermo-épidermique limite ».

Le travail le plus intéressant et le plus récent est celui de Welti qui, à l'aide de multiples colorations, aboutit à la conclusion nette d'un tissu fibrillaire de nature collagène qui vient s'accoler à l'épiderme et qu'il appelle la « couche sous-épithéliale » (« subepitheliales Stratum »).

II. — RECHERCHES PERSONNELLES. INEXISTENCE D'UNE MEMBRANE BASALE

Depuis plusieurs années, nous employons dans notre laboratoire, d'une manière systématique pour à peu près toutes les biopsies, les colorations trichromiques de Masson qui, à notre avis, sont les meilleures colorations topographiques qui existent actuellement. En particulier, la coloration à l'hématoxyline ferrique, fuchsine-ponceau, bleu d'aniline, met en évidence les plus fines fibrilles collagènes qui ressortent nettement en bleu par rapport au rouge protoplasmique. Nous possédons donc un grand matériel de coupes sur lesquelles nous pouvons étudier parfaitement les rapports directs entre épithélium et collagène.

La limite inférieure de l'assise basale de l'épiderme peut varier suivant l'espèce cellulaire (cellules épidermes malpighiennes, mélanoblastes, cellules tactiles de Merckel-Ranvier) mais aussi suivant l'endroit examiné et les images varient encore avec l'inclinaison de la coupe. En général les cellules malpighiennes du *stratum germinativum* ont une forme cylindrique sur une coupe perpendiculaire à la limite dermo-épidermique. Parfois elles sont cubiques, mais cette forme peut être simulée par une coupe oblique. Cette dernière passe par deux cellules basales voisines en les faisant paraître l'une au-dessus de l'autre, et au lieu d'être coupées longitudinalement, les cellules seront coupées transversalement. Suivant la pression réciproque à laquelle sont soumises ces cellules, elles peuvent être plus ou moins déformées. D'autre part, elles présentent souvent un léger étranglement dans leur quart inférieur. Au niveau de cette espèce de collet, les espaces intercellulaires (« Saftlücken », de l'existence desquels nous restons convaincus malgré les travaux de Unna) présentent forcément un élargissement comparable à une petite citerne. Puis la cellule s'étale dans son dernier quart pour donner naissance au pied qui, lui, sera en rapport avec les couches sous-épithéliales. Le plus souvent ce pied est muni de plusieurs radicules droits, incurvés ou rayonnant en éventail (Wurzelfüsschen, fingerartige Fortsätze) au nombre de 3 à 6 en moyenne, que le trichrome de Masson permet de poursuivre jusqu'à leur

extrémité finement effilée (Voir figure 1). Ce sont des prolongements protoplasmiques qui ont la même coloration que le corps cellulaire. D'autre fois, le pied des cellules n'a pas de digitations ou radicules et se termine par une surface plane ou bombée ou encore légèrement ondulée. Ces différentes formes de cellules malpighiennes se trouvent par série. Toute une région présente des cellules munies de radicules protoplasmiques alors que les cellules d'une autre région n'en possèdent pas. D'une manière générale, les radi-

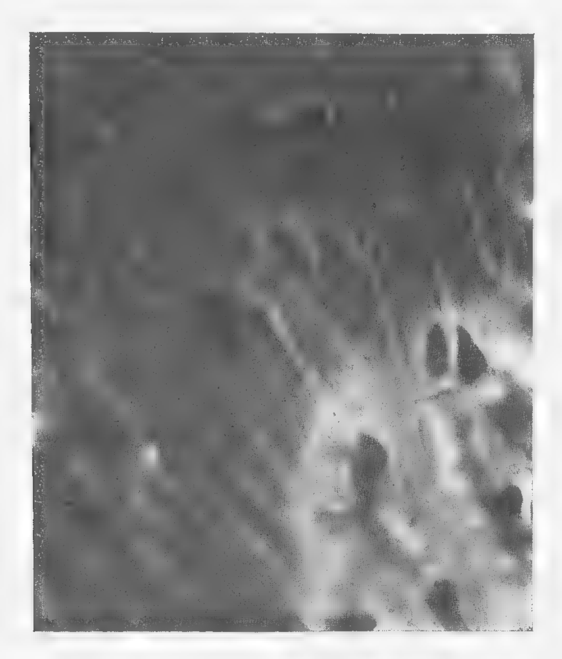


Fig. 1. — Microphoto à l'immersion montrant quelques cellules basales pourvues de beaux prolongements protoplasmiques radiculaires.

cules protoplasmiques paraissent plus accusés au sommet des papilles dermiques. Mais il faut se méfier des coupes obliques qui peuvent les faire paraître plus longs.

Il nous faut maintenant ouvrir une parenthèse pour rappeler la structure de l'appareil filamentaire des cellules basales malpighiennes qui est un peu spécial et mérite une description. Disons tout de suite que jamais les filaments protoplasmiques ne quittent

la cellule à sa limite inférieure. Il n'y a rigoureusement aucun rapport morphologique de continuité entre l'appareil filamentaire et les couches sous-épithéliales ; d'autre part, les réactions tinctoriales sont tout différentes. Avec la fuchsine-ponceau, ces filaments paraissent plus rouges que le corps protoplasmique lui-même. La méthode de Kromayer permet de les mettre bien en évidence. Les cellules malpighiennes basales présentent une striation principalement longitudinale. Ce n'est que dans leur moitié supérieure qu'elles peuvent être reliées entre elles par des filaments d'union de Ranvier qui passent horizontalement en pont d'une cellule à l'autre, et encore les filaments d'union sont moins nombreux que dans la couche malpighienne proprement dite. Les filaments longitudinaux dirigés le long du grand axe de la cellule peuvent quitter cette dernière par le haut et se prolonger à travers une ou deux assises cellulaires suivantes. Ces filaments longitudinaux se présentent sous des formes différentes. Les uns sont minces, difficilement visibles, les autres plus épais ; leur trajet est rarement rectiligne, mais seulement quelques-uns, et particulièrement ceux qui sont plus épais, sont vraiment spiralés. C'est cette dernière variété qui a été décrite par Herxheimer sous le nom de « Filaments spiralés ». Mais Herxheimer les croyait extra-cellulaires et les localisait dans les espaces intercellulaires entre les cellules basales. En réalité, qu'il s'agisse des filaments d'union de Ranvier, de l'appareil filamentaire intracellulaire qui est principalement longitudinal dans les cellules basales ou encore de filaments spiralés de Herxheimer, tout ce réseau fibrillaire fait partie de l'appareil filamentaire malphigien et est de même constitution. Si l'on a pu penser encore après Herxheimer, malgré le travail de Kromayer, que les filaments spiralés étaient extra-cellulaires, cela provient de ce qu'ils se trouvent en général à la périphérie de la cellule, où leur trajet n'est pas gêné par le noyau cellulaire. Une coupe tangentielle du corps protoplasmique d'une cellule basale donnera l'image d'une bande protoplasmique mince et dépourvue de noyau située entre deux cellules basales comprises en totalité dans la coupe. Il suffit que cette bande protoplasmique contienne un filament spiralé pour que l'on puisse croire que celui-ci se trouve entre deux cellules. D'autre part, les radicules protoplasmiques peuvent parfois se détacher très haut du corps cellulaire et donner l'impression d'un filament intercellulaire.

Pour en revenir à la limite inférieure des cellules malpighiennes basales, nous voyons la striation longitudinale se prolonger jusque dans les radicules protoplasmiques quand ceux-ci existent. Les filaments se perdent dans ces prolongements, mais sans quitter la cellule et en restant toujours engainés de protoplasme.

Rapportons-nous maintenant à la figure 2 qui représente une microphotographie de la peau de la région du tendon d'Achille

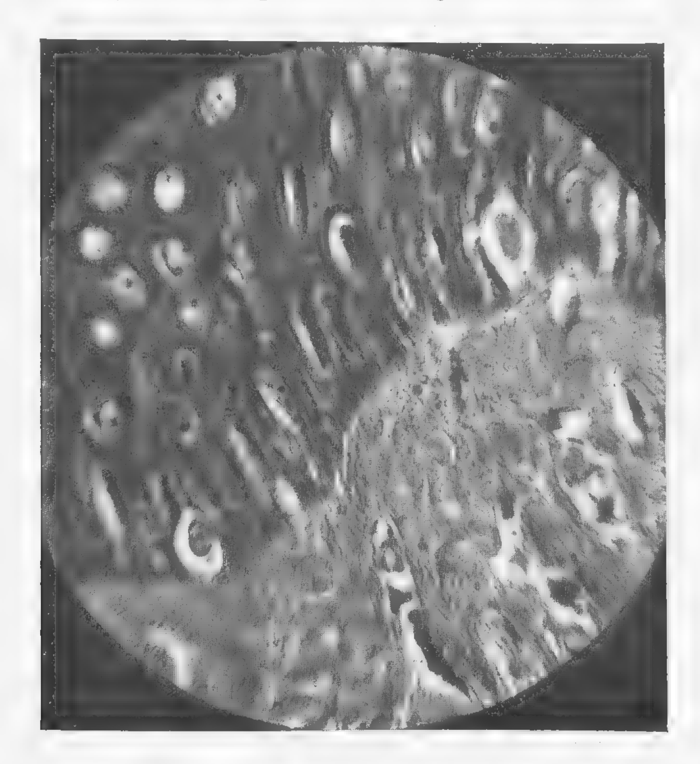


Fig. 2. — Vue à fort grossissement d'un épiderme normal. Les prolongements radiculaires sont bien développés ici, et le système filamentaire longitudinal des cellules basales peut se deviner. Remarquer deux cellules tactiles de Merckel-Ranvier, avec protoplasme clair et absence de prolongements radiculaires.

(peau normale provenant d'une large excision faite pour un xanthome tendineux sous-jacent). Coloration à l'hématoxyline ferrique, ponceau-fuchsine, vert lumière. Nous y devinons la striation longitudinale des cellules malpighiennes basales. De plus, cette microphoto permet de remarquer, sans qu'il y ait de l'œdème,

quelques élargissements en citerne des espaces intercellulaires au niveau de la couche basale. La striation des cellules basales se continue jusque dans les radicules protoplasmiques qui sont particulièrement bien développés ici. Toutefois, deux cellules à protoplasme clair ne présentent pas de radicules. Ce sont des cellules tactiles de Merckel-Ranvier. Leur ligne de démarcation avec le derme est lisse et régulière. Tout ce que l'on peut voir à leur niveau sur des coupes heureuses, c'est un prolongement protoplasmique grêle finement gainé de collagène et quittant la cellule à son pôle inférieur pour s'enfoncer dans le derme et se mettre en rapport avec un nerf.

La même chose se passe avec les mélanoblastes. Situés dans la couche basale de l'épiderme, parfois saillants dans le derme et à cheval sur la limite dermo-épidermique, ils ont une limitation très nette avec le derme et ne possèdent pas de radicules ; toutes leurs expansions dendritiques se portent entre les cellules malpighiennes ou bien encore peuvent longer la couche basale à sa partie inférieure.

Nous comprenons cette morphologie différente de la cellule malpighienne. Les cellules de Merckel-Ranvier et les mélanoblastes épidermiques sont proches parents comme l'a montré P. Masson. Il s'agit d'éléments neuroïdes immigrés du derme dans l'épiderme et qui n'ont rien à voir avec les cellules malpighiennes.

Le trichrome de Masson nous suffit pour éliminer toute espèce de membrane basale. Nous voyons que le collagène dermique vient se mettre en rapport avec l'assise basale de l'épiderme sans l'interposition d'une membrane. Dans ces affirmations, nous partons d'un point de vue tout à fait objectif, en réduisant au minimum les considérations théoriques. Nous avons des techniques suffisamment bonnes pour qu'il nous suffise de regarder dans le microscope et nous rendre compte de la réalité.

Sur une coupe de peau normale, le tissu conjonctif des couches sous-épithéliales ne montre peut-être pas à première vue une structure fibrillaire, il est plutôt dense et difficile à analyser, mais il nous suffit de prendre par exemple une coupe d'eczéma. En dehors des vésicules intra-épidermiques, nous trouvons des régions œdémateuses qui nous servent à souhait en dissociant ce qui nous a pu paraître trop compact et par là amorphe dans une peau normale. En choisissant bien l'endroit, nous trouvons de l'œdème dissociant

le corps muqueux de Malpighi et même l'assise basale en écartant les cellules les unes des autres. Cet œdème sera accompagné d'un œdème du derme papillaire surtout accusé au sommet des papilles dermiques. Là aussi, tout l'édifice serré des fibres collagènes sous-épidermiques est dissocié et nous voyons apparaître nettement la structure fibrillaire.

III. — LA RÉACTION ARGENTOPHILE DU COLLAGÈNE ADJACENT A LA BASALE

Nous pouvons voir plus de détails encore en faisant des argentations du tissu collagène. Au lieu de nous servir de la méthode de Bielschowsky-Maresch pour laquelle le matériel fixé au formol nous fait défaut, nous nous sommes servis d'une nouvelle méthode qui est applicable aux pièces fixées au Bouin et coupées à la paraffine. C'est la méthode de Leidlaw que Masson nous a rapportée d'Amérique et qui n'a pas encore été publiée autant que nous le sachions.

La méthode de Leidlaw (1) colore les fibres collagènes en gris-

(1) Pour la méthode de Leidlaw, le matériel est fixé au Bouin et les coupes à la paraffine sont collées sur lame. Déparaffiner.

Tremper une nuit dans du liquide fixateur de Zenker.

Eau courante.

Teinture d'iode 5 minutes. Eau-Hyposulfite de soude 5 minutes.

Eau courante 5 minutes.

Permanganate de potasse, à 1/2 o/o, 5 minutes.

Acide oxalique à 5 o/o 5 minutes.

Eau courante, 10 minutes.

Eau distillée, bien rincer, puis changer 3 fois.

Carbonate d'argent à 10 o/o 2 à 3 minutes à l'étuve à 50° (attention au décollage).

(Préparation du carbonate d'argent : verser dans du nitrate d'argent à 20 o/o une solution concentrée de carbonate de lithine jusqu'à précipité blanc complet. Décanter. Laver le précipité 3 fois dans l'eau distillée en décantant chaque fois. Verser de l'ammoniaque jusqu'à redissolution du précipité. Puis ajouter de l'eau distillée jusqu'à avoir du carbonate d'argent à 10 o/o).

Rincer à l'eau distillée.

Formol à 1 o/o, 15 à 20 minutes.

Rincer à l'eau distillée.

Chlorure d'or à 1 o/o 30 minutes (à verser en gouttes sur la lame).

Rincer à l'hyposulfite de soude à 5 o/o.

Eau courante 5 minutes.

Acide oxalique à 5 o/o 5 minutes.

Monter au baume ou colorer le fond rapidement avec le ponceau-fuchsine puis le vert lumière ou le bleu d'aniline.

brun. Mais au niveau de la limite dermo-épidermique, les fibres directement accolés à l'assise basale prennent une coloration noir foncé (figure 3). La couche collagène sous-épithéliale paraît être colorée électivement et apparaît nettement dans sa structure. La même coloration élective se fait au niveau du collagène engainant les glandes annexes de la peau (fig. 4 et 5) et les follicules pileux.

Il s'agit d'un système fibrillaire collagène qui se présente sous des aspects variables. Disons tout de suite que l'imprégnation argen-



Fig. 3. — Aspect général d'une peau normale de la paume de la main traitée par la méthode de Leidlaw. Le fond est coloré par le fuchsine-ponceau et le vert-lumière. Le collagène bordant l'épiderme s'est fortement imprégné d'argent alors que celui du derme sous-jacent ne l'est pas, mais a en réalité pris la coloration verte.

tique tout en le rendant visible, le fait probablement aux dépens de la finesse de ce réseau. Les fibres y paraissent très épaisses ; la précipitation argentique se faisant autour d'elles, leur donne un diamètre sans doute exagéré. Toutes les fibrilles ne sont pas colorées en noir et l'on voit transparaître de la teinte verte ou bleue de la coloration du fond employée pour le collagène ordinaire. D'autre

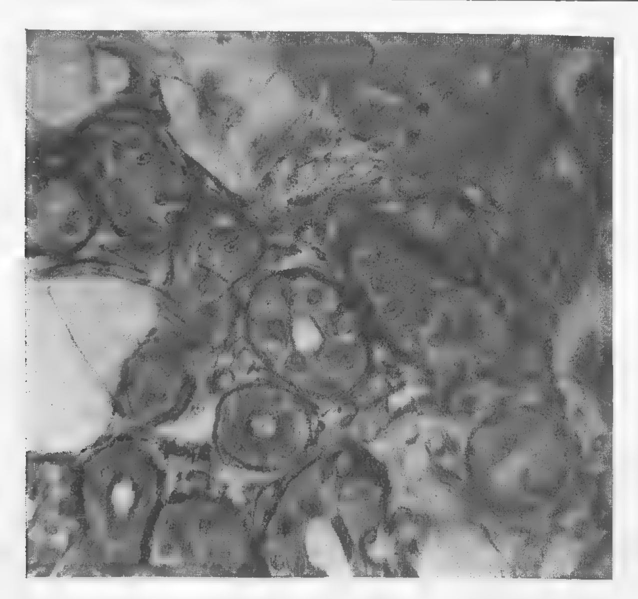


Fig. 4. — Coupe traitée de la même manière que la précédente. Les glandes sudoripares sont bordées comme l'épiderme d'une couche de collagène argentophile. Remarquer la différence avec le collagène ordinaire.

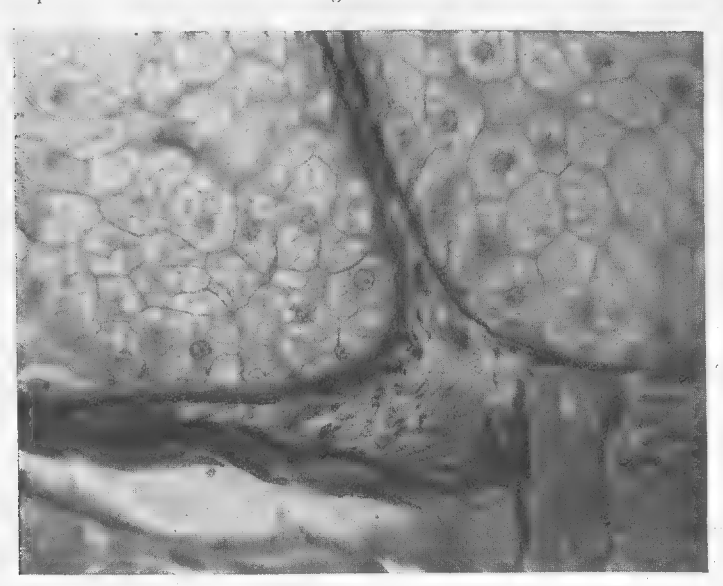


Fig. 5. — Avec la même méthode de coloration les glandes sébacées possèdent aussi une gaine de collagène argentophile. Remarquer la structure fibrillaire de cette gaine dont certaines fibres se continuent visiblement avec le collagène ordinaire.

part la couche collagène sous-épithéliale n'est pas forcément colorée en noir sur toute sa longueur. Il y a des endroits qui sont colorés par le vert-lumière simple sans qu'apparaisse une précipitation argentique spéciale. S'agit-il d'une inconstance de l'argentation comme nous avons pu le constater sur deux coupes voisines, d'un même bloc, colorées successivement, ou bien de l'absence de fibres argentophiles? En tout cas la méthode nous a été très utile pour relever des détails que nous n'avions pu voir avec le trichrome sim-

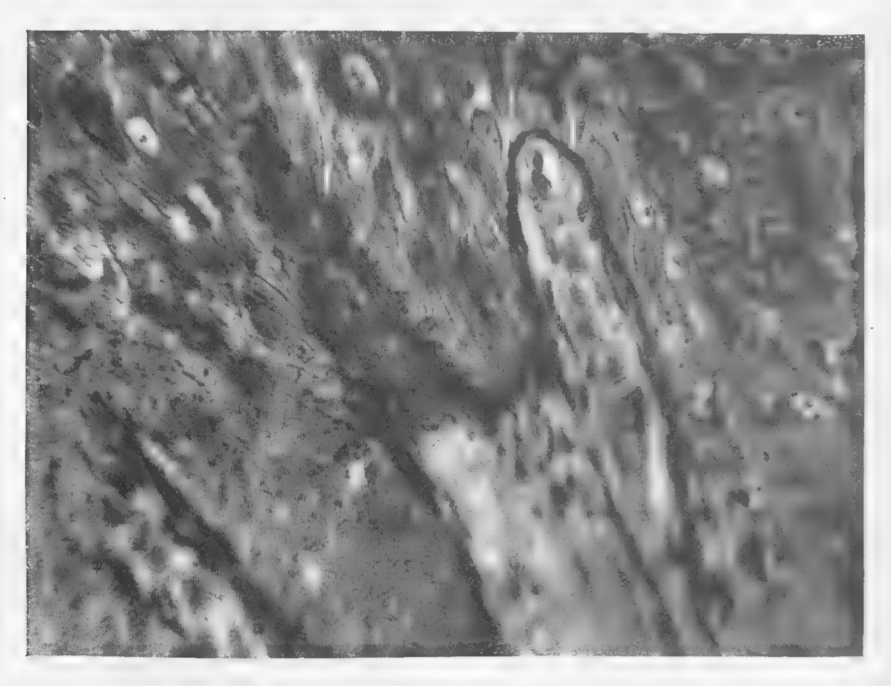


Fig. 6. — Vue à l'immersion de la couche de collagène argentophile bordant l'épiderme au niveau d'une papille. Une coupe tangentielle heureuse met en évidence avec le maximum de netteté sa structure fibrillaire. Les fibres n'empiètent pas sur le domaine épidermique comme on pourrait le croire ; l'image d'empiètement est provoquée par l'incidence de la coupe qui possède une certaine épaisseur. Même au centre du réseau grillagé coupé tangentiellement on voit transparaître des cellules malpighiennes basales.

ple. Sur une coupe à peu près perpendiculaire à la limite dermo-épidermique, ces fibres argentophiles ont deux aspects principaux, suivant qu'elles sont tranchées par la coupe ou qu'elles ont la même orientation que cette dernière. Ou bien il s'agit d'une bandelette

noire assez rectiligne, ou ondulée paraissant ininterrompue. Ou bien, comme extrême opposé, nous voyons une série de bâtonnets à peu près parallèles qui forment la limite supérieure du derme. Les bâtonnets seront d'autant plus longs que les fibres seront coupées sous un angle plus oblique jusqu'au moment où les tronçons viendront à se superposer par leurs extrémités et former alors le premier aspect de bandelettes ininterrompues. Il y a donc une grosse trame de fibres approximativement parallèles qui vient s'ac-

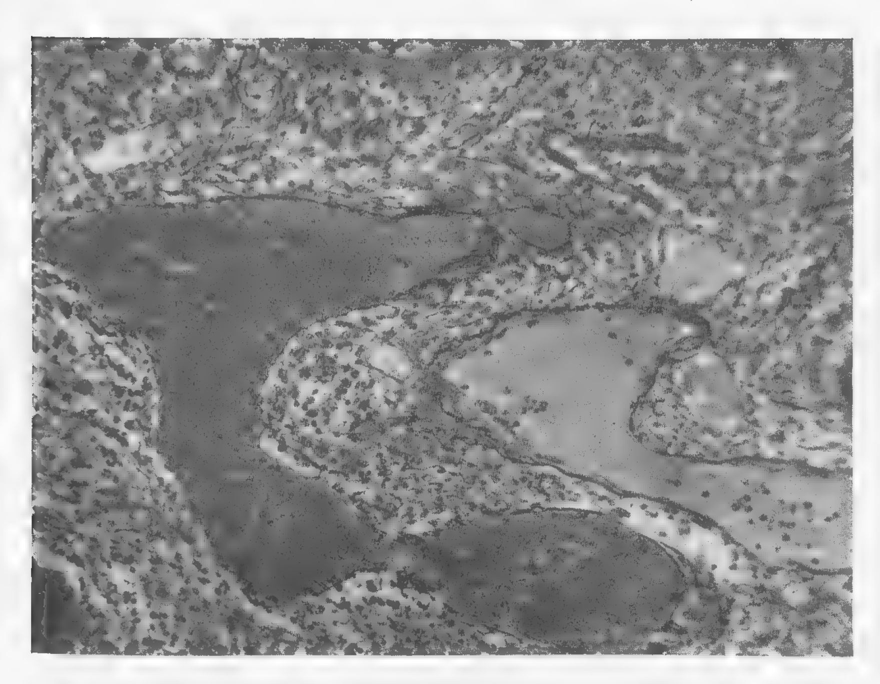


Fig. 7. — Granulome hyperplasique ayant produit cliniquement un bourgeon au niveau de l'aile du nez. Cette néoformation tissulaire ne contient que de l'épiderme hyperplasié, des néovaisseaux et des cellules d'infiltration. La formation de collagène n'est qu'à son début et celui-ci est partout imprégné d'argent. Remarquer la localisation qui constitue les endroits principaux de sa formation autour des bourgeons épidermiques et des vaisseaux.

coler contre l'assise basale de l'épiderme. Mais ce n'est pas tout. Des fibres plus fines et plus ou moins enchevêtrées viennent s'ajouter à cette première trame. Ce réseau fibrillaire nous apparaît au

mieux dans les coupes tangentielles à la limite dermo-épidermique (fig. 6).

Les rapports de ce réseau, avec le derme proprement dit, sont des rapports de continuité. Des fibres minces ou épaisses quittent la limite dermo-épidermique et s'enfoncent dans le derme ; mais dès qu'elles quittent la région frontière, elles réagissent tinctorialement comme du collagène ordinaire. En certaines régions, l'orientation des fibres collagènes est perpendiculaire à la limite dermo-épidermique (fig. 8). En arrivant au contact de l'assise basale de l'épi-

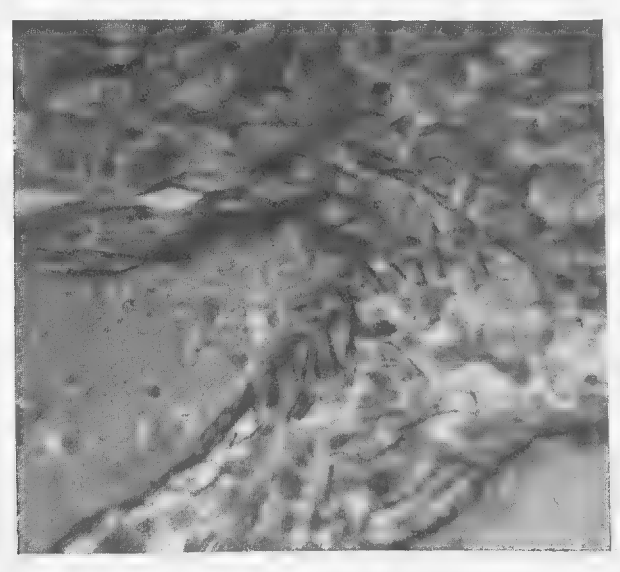


Fig. 8. — Partie de la microphoto précédente vue à l'immersion pour montrer la structure fibrillaire de ce collagène jeune, qui, par son obliquité prend l'aspect de bâtonnets juxtaposés parallèlement.

derme, elles prennent, par l'imprégnation argentique la couleur noir foncé. Il ne faut donc pas croire que les fibres du réseau collagène sous-épidermique soient toujours parallèles à la limite dermo-épidermique, elles peuvent très bien être perpendiculaires à cette surface tout en devenant argentophiles au moment où elles prennent contact avec l'épiderme.

Du côté de l'épiderme, la limitation est nette. Jamais une fibre collagène ne pénètre entre les cellules malpighiennes. Les images de

bâtonnets noirs empiétant sur l'assise basale sont trompeuses. Il s'agit là de coupes qui ne sont pas perpendiculaires à la limite dermo-épidermique. Malgré l'épaisseur réduite de la coupe, il y a néanmoins superposition partielle de cellules malpighiennes basales avec les fibres collagènes imprégnées. En jouant de la vis micrométrique, on se rend bien compte de cette superposition. D'autre part l'imprégnation argentique nous paraît exagérer le volume des fibres collagènes qui par là aussi paraîtront empiéter sur le domaine épidermique. En réalité il n'en est rien. Un certain engrenage ne paraît exister qu'au niveau des prolongements protoplasmiques radiculaires des cellules malpighiennes, comme nous le verrons plus loin. Là, où les prolongements radiculaires n'existent pas, les relations entre épiderme et couches sous-épithéliales sont simples. Les grosses fibres argentophiles s'accolent aux cellules basales en restant rectilignes ou en épousant leur surface inférieure plus ou moins sinueuse et en prenant alors des formes ondulées ou irrégulièrement variées. Quand les cellules malpighiennes basales sont pourvues de radicules, les fibres argentophiles peuvent encore suivre la surface irrégulière qui s'offre à elles, en faisant de nombreuses petites ondulations qui paraissent se mouler sur les radicules courts et trapus. Les radicules protoplasmiques plus longs passent tout simplement à travers cette couche argentophile et se terminent dans le collagène ordinaire. Les relations entre le collagène et les prolongements protoplasmiques radiculaires sont plus faciles à voir avec le trichrome de Masson, mais particulièrement là où le collagène a une orientation perpendiculaire à la limite dermo-épidermique, ce qui existe fréquemment au niveau des papilles dermiques. On voit alors ces prolongements finement gainés par le collagène dont les fibres viennent se terminer à la racine des prolongements protoplasmiques.

IV. — LE COLLAGÈNE ARGENTOPHILE SOUS-ÉPIDERMIQUE, ANALOGUE AU GITTERFASERN PARAIT ÊTRE UN PRÉ-COLLAGÈNE

Une question spéciale mérite maintenant d'être discutée : c'est la nature de ce collagène argentophile. Avançons tout de suite que la méthode de Leidlaw, applicable aux pièces fixées au Bouin, donne

les mêmes résultats que la méthode de Maresch-Bielschowsky. Nous avons fait des colorations de Leidlaw sur le foie, le rein, la surrénale, la thyroïde et le ganglion lymphatique. Nos imprégnations de la couche collagène sous-épithéliale ressemblent en tout au « Gitterfasern » que nous trouvons dans le foie, le rein, la thyroïde et les surrénales. Dans le ganglion lymphatique il n'y a que quelques traînées qui sont imprégnées à l'argent et nous éliminons l'identité du collagène argentophile avec la réticuline qui est certainement autre chose. Si nous identifions le collagène sous-épithélial, avec des « Gitterfasern » nous ne sommes pas les premiers à le faire. Homma a déjà décrit une zone sous-épithéliale de « Gitterfasern » (« subepitheliale Gitterfaserzone ») de la peau normale, et en étudiant les boyaux cancéreux d'un épithélioma spinocellulaire, il les trouve entourés de la même couche de « Gitterfasern ». Il croit à une fonction protectrice des « Gitterfasern » contre la prolifération épithéliale. Nous ne croyons pas à cette interprétation. Zurhelle a recherché les gitterfasern et les a trouvées très nombreuses dans les lésions de la syphilis cutanée. Il leur attribue la dureté clinique du chancre syphilitique. Cela aussi nous paraît discutable d'autant plus qu'une forte sclérose comme les chéloïdes et la sclérodermie se passent bien de Gitterfasern, comme le fait remarquer l'auteur lui-même. Zurhelle attribue la formation des gitterfasern à la présence des plasmocytes. Nous ne croyons pas que ces derniers y soient pour quelque chose. En faisant des imprégnations argentiques sur des pièces variées nous avons pu constater l'apparition de gitterfasern dans presque toutes les inflammations chroniques (lichen plan, tuberculose, etc...), de même dans l'épithélioma spinocellulaire au niveau de sa stroma-réaction. *La condition qui nous paraît nécessaire à l'apparition abondante des gitterfasern, c'est la néo-formation de collagène ; le collagène jeune passe par un stage de collagène argentophile avant de devenir collagène adulte.* La figure 7 nous présente un granulome hyperplasique bourgeonnant qui se trouvait au niveau de l'aile du nez. Il a cela d'intéressant, d'être à peu près dépourvu complètement de collagène adulte. Il s'agit d'une néoformation tissulaire dans laquelle l'hyperplasie épidermique, les vaisseaux, les éléments d'infiltration : lymphocytes, plasmocytes, histiocytes et fibrocytes constituent la part prépondérante, alors que la formation de collagène est encore en retard et ne

commence qu'à se faire. L'argentation nous montre la présence de nombreuses fibres collagènes en noir qui se sont formées à des endroits de prédilection : d'abord au niveau de la limite de l'épiderme hyperplasié, au niveau des vaisseaux néoformés, qui ne possèdent qu'une mince couche de cellules endothéliales à part leur gaine de gitterfasern ; puis des gitterfasern commencent à rayonner à partir de ces deux lieux de formation et l'on en trouve encore par-ci par-là autour de quelques cellules de l'infiltrat. Nous pensons que les gitterfasern représentent un collagène jeune que l'on peut retrouver partout où il y a un processus de formation de cette substance. Cela nous explique leur apparition dans les lésions de la syphilis qui se sclérosent dans la suite, au niveau de la tuberculose cutanée (lupus) qui après la période de destruction du collagène, commence à faire un tissu cicatriciel, et de même au niveau de la stroma-réaction cancéreuse des épithélioma, dans laquelle le collagène tient sa part.

Nous pouvons maintenant essayer de donner une définition des gitterfasern. Quand on parle de gitterfasern, il ne s'agit pas simplement de fines fibrilles collagènes, mais d'un collagène spécial argentophile avec la méthode de Bielschowsky-Maresch ou de Leidlaw. Schiefferdecker différencie deux tissus conjonctifs, l'un colorable (chromophile), l'autre non colorable (chromophobe). Ce dernier correspond, d'après lui, au collagène argentophile qui ressort en noir foncé par les méthodes spéciales à l'argent, alors que le premier reste brunâtre. Pour nous, les gitterfasern sont un collagène jeune, du précollagène comme l'ont déjà dit certains auteurs. Une expérience de Maximow tend à confirmer cette façon de voir. Dans le but d'étudier la formation du collagène, Maximow s'est servi de la culture de tissus. En cultivant des fibrocytes, il voit se former un réticulum argyrophile avec la méthode de Bielschowsky. Des fibrilles apparaissent autour des cellules et même à distance, particulièrement au niveau des mailles de fibrine qui paraissent servir de support à ce réticulum de gitterfasern. Ce réticulum s'épaissit, devient acidophile, perd son affinité pour l'argent et donne du collagène.

C'est l'impression nette qui s'est dégagée de la série de coupes que nous avons colorées par la méthode de Leidlaw. Les gitterfasern sont un collagène jeune et peut-être les zones sous-épithéliales sont-elles les zones de formation ordinaire du collagène dans les tissus au

repos, non irrités ou enflammés. Mais nous savons que dans le foie, le rein, la surrénale et la thyroïde, le collagène reste à cet état de précollagène et ne donne le collagène adulte que dans les scléroses de ces organes. Nous pensons que le collagène qui borde l'épiderme est du précollagène comme le collagène qui borde par exemple la travée hépatique.

En résumé, nous sommes en droit d'affirmer l'absence de toute espèce de membrane basale. Le collagène limitant directement l'épiderme est un collagène fibrillaire qui est de l'essence des gitterfasern, c'est-à-dire un collagène jeune. Les colorations spécifiques pour l'élastine montrent la présence de quelques rares fibres élastiques très fines à la limite dermo épidermique, mais tout à fait en disproportion avec les fibres argentophiles. Ces dernières paraissent constituer d'une manière prépondérante la couche limitante du derme avec l'épiderme (1).

BIBLIOGRAPHIE

Born. — Zur Frage der epidermalen Basalmembran. *Derm. Zeitschr.*, 1921, vol. XXXIV, p. 324.

Busacca. — Ueber das Verhalten der sogenannten Basalmembran als Bindemittel zwischen Epidermis und Cutis. *Arch. f. Derm.*, 1922, vol. CXLI, p. 88.

Fribœs. — Beitræge zur Anatomie und Biologie der Haut. *Derm. Zeitschr.*, 1920, vol. XXXI, p. 57 et 1921, vol. XXXII, p. 1.

Herxheimer. — Ueber die epidermale Basalmembran. *Derm. Zeitschr.*, 1916, vol. XXIII, p. 129.

Homma. — Ueber Gitterfasern bei Hautkarzinomen. 87e Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte (Leipzig, 17-24 sept. 1922), *in Derm. Woch.*, 1922, vol. II, p. 1186.

Kogoj. — Ueber die Art der Verbindung zwischen Epidermis und Cutis. *Derm. Zeitschr.*, 1923, vol. XXXIX, p. 203.

Kromayer. — Ueber die Deutung der von Herxheimer in Epithel beschriebenen Fasern. *Arch. f. Derm.*, 1890, vol. XXII, p. 87.

(1) Ce travail avait été écrit et envoyé aux *Annales de Dermatologie* avant que nous ayons eu connaissance du travail de M. le Prof. Pinkus sur l'Histologie de la peau normale paru dans le tome I du *Handbuch fur Hautkrankheiten*, et que nous n'avons pu lire que lorsque M. le Prof. Pinkus a eu la très grande obligeance de nous envoyer ce volume. Nous avons pu y voir que M. le Prof. Pinkus avait déjà décrit, très brièvement il est vrai, ce collagène argentophile et suggéré son assimilation aux gitterfasern. Nous sommes très heureux d'être arrivés aux mêmes résultats que lui avec une méthode différente.

Maximow. — Formation de fibres argentophiles et collagènes dans les cultures de tissus conjonctifs et de leucocytes. *Zentralbl f. allg. Pathol. und path. Anat.*, 1928, vol. XLIII, n° 4.
Schiefferdecker. — Ueber das Auftreten der elastischen Fasern in der Tierreihe. *Arch. f. mikr. Anat.*, 1921, vol. VC, p. 134.
Zurhelle. — Ueber den Anteil feinster Bindegewebsfibrillen, der sogen. Gitterfasern, am Aufbau syphilitischer und anderer Hautefflorescenzen, gleichzeitig ein Beitrag zu ihrer Konsistenz, insbesondere zur Hærte des Primæraffektes. *Derm. Zeitschr.*, 1922, vol. XXXV, p. 251.

LA FORME LICHÉNOÏDE DES SARCOÏDES DE BŒCK

Par le docteur A. KISSMEYER.
Travail de l'Institut photothérapique de Finsen à Copenhague.
Directeur : docteur A. Reyn.

Les manifestations cutanées des sarcoïdes bénignes de Bœck embrassent le type à petits nodules disséminés, le type à grandes nodosités et les infiltrations plus étendues en nappes érythémateuses et identiques au *lupus pernio* de Besnier-Tenneson. Déjà décrites par Bœck dans ses premières publications ces trois formes se trouvent tantôt ensemble chez le même individu tantôt individuellement. En 1920 Schaumann a décrit une forme érythrodermique, en taches ou en nappes plus étendues.

Or, outre ces formes quelques auteurs, et notamment Bœck lui-même, ont décrit une éruption bien typique de la maladie de Bœck, mais des plus rares, la forme à papules lichénoïdes, très proche dans l'aspect clinique au lichen plan. Déjà dans sa première publication en 1899, Bœck mentionne une éruption de « groupes de nombreuses petites papules ou taches, de la grandeur d'une tête d'épingle et de couleur rouge brunâtre, çà et là presque rassemblés dans des grands placards à peu près comme dans le lichen plan ». Bruusgaard, qui en 1919 publia cinq cas de sarcoïdes, a trouvé la forme lichénoïde chez un homme de 51 ans présentant en même temps des infiltrations étendues au nez et aux joues, des noyaux au front et des nodules disséminés au corps et aux membres. L'examen microscopique de l'éruption à papules lichénoïdes localisée à la cuisse gauche, démontra des foyers épithélioïdes typiques.

Outre ces deux cas, Hallopeau et Eck ont en 1903 observé un cas de sarcoïdes avec des groupes d'éléments ressemblant au lichen plan ; enfin au cours des dernières années les publications de Ris-

chin, Bieberstein, Schamberg, Wright, Gelbjerg-Hansen et Kraus ont prouvé que les sarcoïdes cutanées se manifestent, mais rare-



Fig. 1.

ment, sous une forme lichénoïde ressemblant beaucoup au lichen plan de Wilson et nettement différente des petits nodules disséminés caractéristiques de la forme à petits nodules des sarcoïdes.

Aux cas publiés de cette forme extraordinaire j'ajouterai deux observations dont l'une offre, aussi bien par sa forme que par sa localisation, beaucoup d'intérêt et dont l'autre démontre la coïncidence des papules lichénoïdes avec le type *lupus pernio* et avec d'autres altérations identiques aux sarcoïdes.

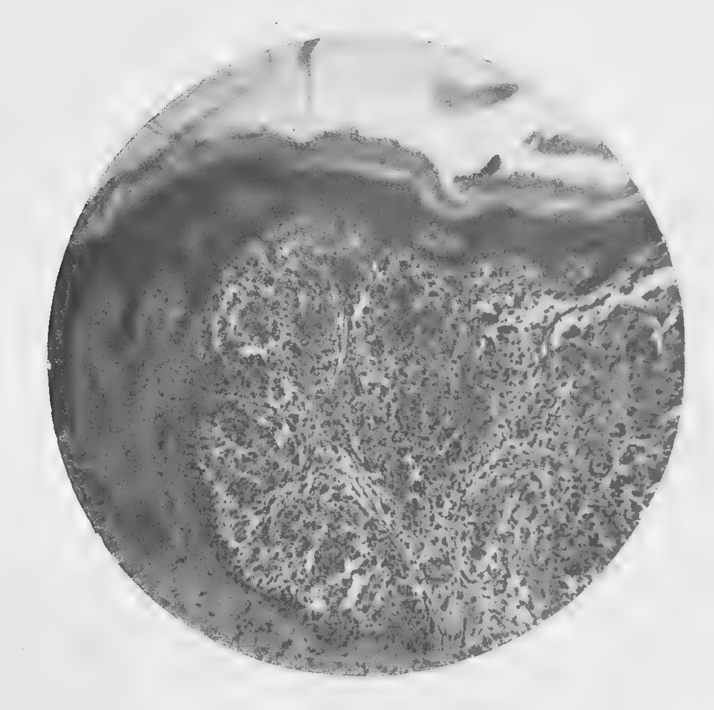


Fig. 2.

Observation I. — ... Pauline, âgée de 49 ans, de famille non tuberculeuse. L'éruption qui siège à la région sternale entre les deux seins, date d'à peu près dix ans et fut alors appelée une « teigne ». Elle s'agrandit peu à peu, gagnant les surfaces adjacentes des seins sans l'incommoder par prurit ou autre phénomène subjectif.

Etat actuel. — Localisée à la région sternale l'éruption est formée de papules groupées d'une façon tout à fait extraordinaire montrant l'aspect d'un cœur de carte à jouer (fig. 1). Les éléments sont presque tous de la même grandeur, comme celle d'une lentille, ressemblant à un lichen plan par leur forme polygonale et par la surface aplatie ; la couleur est jaunâtre, un peu plus claire que celle du lichen plan. Plusieurs

des éléments brillent de la façon caractéristique du lichen plan, mais sans présenter les stries de Wickham.

Par vitropression les papules relevaient une infiltration translucide de couleur jaune-bistre.

Outre ces papules bien développées on voit de tout petits éléments arrondis, pas plus grands qu'un grain de chenevis, de couleur blanchâtre. Ces papules minimes, qu'on a tout droit de considérer comme l'élément primitif, se voient particulièrement dans la périphérie du grand groupe et dans la partie adjacente de la peau saine, mais aussi disséminés, dans un moindre nombre, entre les papules lichénoïdes.

Il n'y a pas d'autres éruptions sur le corps ou aux membres.

Les muqueuses buccales du nez et les conjonctives ne montrent rien d'anormal.

Il n'y a pas d'adénopathie palpable.

Le radiogramme des poumons ne fait voir d'anormal, ni le squelette des mains et des pieds.

Le Bordet-Wassermann est négatif ainsi que la cuti-réaction à la tuberculine.

Une biopsie des éléments typiques a montré des lésions du derme, notamment du corps papillaire, consistant en une infiltration dense, nettement limitée contre le derme profond, de cellules épithélioïdes sous un épiderme intact et sans aucune trace d'infiltration lymphocytaire. On voit quelques rares cellules géantes. Il n'y a aucun signe d'inflammation des couches supérieures du derme laissant supposer une combinaison de sarcoïde et d'un lichen plan dans comme dans le cas de Bruusgaard (fig. 2).

Observation II. — K... Arthur, âgé de 43 ans, de famille non tuberculeuse. L'affection cutanée débuta il y a 9 ans par une tache rouge du nez et des joues ; presque en même temps se développait une conjonctivite et un gonflement marqué des doigts des deux mains.

Etat actuel. — Au nez et aux joues on voit des taches infiltrées, de couleur rouge bleuâtre, dont la surface est le siège d'un grand nombre de miliums et croisée de vaisseaux dilatés. Par vitro-pression se relèvent des petits nodules translucides jaunâtres. Le genou droit est le siège d'un groupe de petites papules lichénoïdes ressemblant beaucoup à des papules du vrai lichen plan et légèrement squameux. Par la vitropression on voit la couleur typique des infiltrations sarcoïdes (fig. 3).

Les 4e et 5e doigts de la main gauche sont gonflés, notamment leur 3e phalange. La peau est rouge bleuâtre avec des infiltrations translucides par vitropression. Les doigts de la main droite sont tous gonflés et montrent les mêmes altérations de la peau que ceux de la main gauche.

Les muqueuses buccale et nasale sont normales. La conjonctive de la paupière supérieure de l'œil gauche est le siège d'un groupe de petites papules folliculaires. Il n'y a pas iritis.

Le radiogramme des mains et des pieds relève des altérations de l'ostéite multiple cystique typique des sarcoïdes avec raréfaction et une fracture du 5e doigt de la main droite. Aux orteils se voient les mêmes altérations, surtout des grands orteils.



Fig. 3.

Les ganglions axillaires et inguinaux sont de la grandeur d'une noisette, les autres ganglions périphériques normaux.

Le Bordet-Wassermann est négatif ainsi que la cuti-réaction de Pirquet. La stéthoscopie ne relève aucune altération des poumons, mais le radiogramme du médiastin montre un élargissement des ombres hilaires dans

lesquels se laissent distinguer des conglomérats de ganglions de la grandeur d'une cerise à celle d'une noix.

La *biopsie* pratiquée au genou relève des foyers de cellules épithélioïdes nettement limités par des fibrilles conjonctives et presque sans aucune infiltration lymphocytaire. Une biopsie faite de la conjonctive infiltrée a montré des altérations inflammatoires et parmi les lymphocytes un foyer très distinct de cellules épithélioïdes, ne laissant aucun doute de la spécificité de la lésion.

Donc, ce cas, appartenant au type à infiltrations diffuses de la face (type *lupus pernio*) et avec lésions de la conjonctive, des ganglions hilaires et des phalanges des doigts, présente des papules lichénoïdes révélant par l'examen microscopique les altérations typiques des sarcoïdes. Ce cas ressemble beaucoup au cas n° 4 de Bruusgaard de 1919 ; mais je n'ai pas pu dans la littérature trouver aucun cas identique à l'observation I. L'homogénéité des éléments presque tous de la même grandeur et du même aspect, la présence des toutes petites papules (initiales ?) incolores et la monolocalisation tellement symétrique en fait un cas des plus rares, sinon unique. Le diagnostic que l'examen à la vitropression fait vraisemblable, ne se laisse vérifier ici que par l'examen microscopique.

Le diagnostic d'une sarcoïde cutanée se base sur des symptômes locaux et généraux. Les manifestations typiques de la peau sont des nodules ou noyaux, même de vastes infiltrations de couleur brun rougeâtre ou bleu rougeâtre, la couleur la plus caractéristique des sarcoïdes. Très souvent les vaisseaux superficiels sont dilatés. La diascopie relève des infiltrats « translucides » du caractère de ceux trouvés dans le lupome, mais généralement plus petits, comme du sable, et souvent moins translucides, moins « sucre d'orge » et moins pénétrable à la sonde, ou toute l'infiltration sarcoïdique montre à la vitropression une couleur diffuse jaune bistre sans présenter des infiltrats distincts. L'examen microscopique fait voir des foyers de cellules épithélioïdes, le plus souvent nettement limités et séparés par des fibrilles de tissu conjonctif. La présence de cellules géante est très variable, généralement on n'en trouve que très peu. On ne voit jamais ni nécrose ni des tubercules vrais. L'infiltration d'éléments lymphocytaires est minime, si elle existe, c'est un fait très caractéristique des sarcoïdes.

Les manifestations cutanées constamment présentes sous une

forme ou sous une autre, sont souvent accompagnées d'altérations du système lymphatique, notamment des ganglions hilaires périphériques ou du squelette, des phalanges des doigts et des orteils et sous forme d'une ostéite cystique ou de raréfaction de la substance osseuse. Ces altérations du squelette, décrites dans 20 des 160 cas de la littérature et que nous avons trouvées dans 8 cas sur les 23 cas observés à l'Institut de Finsen, sont typiques et pathognomiques des sarcoïdes et ne se trouvent dans aucune forme de tuberculose. A l'institut nous avons examinés par radiographie les mains et les pieds de 25 cas de lupus vulgaire sans trouver la moindre trace de telles altérations osseuses. Or, cette ostéite, décrite premièrement par Kreibich, par Morossow, et plus tard par Schaumann, Jüngling, Gœckermann et d'autres, est tellement typique des sarcoïdes, qu'elle suffit à mettre en évidence le diagnostic. Elle fait entrer ainsi les sarcoïdes et le *lupus pernio* de Besnier-Tenneson dans un groupe, ou plutôt une unité morbide, une maladie générale, dont les altérations cutanées ou muqueuses ne sont que des manifestations partielles.

Je n'entrerai pas ici dans la question délicate de l'étiologie des sarcoïdes de Bœck qu'il faut traiter sur une base plus étendue. Je me bornerai à préciser que les lésions cutanées des sarcoïdes ont leurs caractères tout à fait spécifiques et non trouvés dans aucune autre maladie. Si ces lésions peuvent au point de vue clinique se rapprocher à celles de la tuberculose cutanée, notamment du lupus vulgaire, elles ont aussi des ressemblances incontestables avec la lèpre. Les lésions conjonctivales ne se voient jamais dans la tuberculose vraie et l'histologie est celle des sarcoïdes. Les altérations du squelette ainsi que le radiogramme des poumons sont pathognomoniques des sarcoïdes et ne sont jamais observés dans aucune autre maladie.

Un intérêt spécial est voué depuis les dernières années à la question de la cuti-réaction. C'est un fait connu que la réaction de Pirquet est le plus souvent, peut-être dans la moitié des cas, peut-être même plus souvent, négative dans les sarcoïdes, ce qui est, d'après Jadassohn et d'autres, une négativité de la cuti-réaction beaucoup plus élevée que chez des individus « normaux » adultes, fait qui, d'après lui et son école devrait se rapporter à une phase anergique de tuberculose chez ces malades, et dû à la présence d'anticutines

dans le sérum de ces malades. Des expériences faites par nous avec le sérum de nos malades sarcoïdiques (en recherche d'anticutines ou de procutines), ainsi que l'ont pu démontrer Martenstein et Werner Jadassohn n'ont pas pu nous convaincre de la présence de telles substances dans le sang de ces malades. Il y avait dans quelques cas un affaiblissement marqué de la cuti-réaction (faite aux malades à réaction fortement positive avec des concentrations variées de tuberculine et de sérum sarcoïdique), mais il n'y avait aucune régularité à apercevoir dans les neuf cas examinés.

La conception de Jadassohn et de l'Ecole de Breslau est basée sur des statistiques montrant un pourcentage de presque 100 de réactions positives chez des individus sans manifestations tuberculeuses déjà à l'âge de 15 ans (Marfan en 1923, et d'autres). Cependant des recherches très soigneuses de Heimbeck, Husted et d'autres auteurs scandinaves ont montré que ces statistiques ne sont point de valeur absolue.

D'une population « bourgeoise » Heimbeck (1930) a trouvé à l'âge de 21 ans un pourcentage de réactions positives de 50 et chez les paysans les 50 o/o ne sont atteints qu'à l'âge de 25 à 30 ans. Les recherches, en Danemark, de Husted, Giese et d'autres ont donné des mêmes résultats. Or, les chiffres des cas de négativité de la cuti-réaction des sarcoïdiques ne sont d'après ces statistiques pas moindres ou très peu, que les chiffres trouvés chez des individus dits normaux. Il faut donc après ces statistiques reviser toute la conception de la relation des sarcoïdes de Boeck avec la tuberculose, fondée sur la négativité fréquente des cuti-réactions, ainsi qu'à plusieurs autres points de vue d'une importance non moindre, dont je n'ai mentionné que quelques-uns ici. Je reviendrai à ce sujet sur une base plus étendue.

LA RÉACTION HÉMOCLASIQUE DE D'AMATO ET LA LEUCOCYTO-RÉACTION DE GOUIN DANS LE DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS

Par RENATO DE BLASIO
Assistant étranger à la Faculté de médecine de Paris,
Lauréat de la Fondation Vitale.

Luigi d'Amato de Naples, au Congrès de Médecine Interne de Naples (1921) communiquait que des doses très faibles de tuberculine provoquaient un choc hémoclasique d'une manière spécifique seulement chez les tuberculeux. D'Amato appelait cette réaction « réaction tuberculine-hémoclasique » et en se basant sur le phénomène le plus constant du choc, c'est-à-dire sur la leucopénie, il proposait de rechercher en pratique cette leucopénie comme un critérium diagnostique.

Consécutivement à ses recherches sur la tuberculine, d'Amato établit que des injections de faibles doses de vaccins antityphiques ou *antimelitensis*, provoquaient de la manière la plus spécifique, un choc hémoclasique chez les malades atteints de ces maladies. Chez les sujets syphilitiques il trouvait un phénomène analogue à la suite d'injections de préparations arsénobenzoliques, de bismuth ou de préparations mercurielles solubles ; de telle manière qu'il permettait le diagnostic de la maladie. Ces recherches ont été publiées dans les *Actes du XXXe Congrès Italien de Médecine* tenu à Milan en octobre 1924.

Cappellani (1927), Lenzi (1928), A. Longo (1928) ont étudié la réaction de d'Amato dans la grossesse en se servant de plusieurs substances : extrait placentaire, sérum du sang du cordon, extrait total des ovaires et de la mamelle (Cappellani) ; *glannammina*, c'est-à-dire un extrait d'ovaire et de mamelle, extrait placentaire, extrait décidual (Longo) ; endovarine, glande mammaire (Lenzi).

Mossetti (1928) et Santoianni (1928) ont étudié la réaction dans les affections gonococciques féminines en inoculant le vaccin antigonococcique et Bonanno (1927) a appliqué la réaction même au diagnostic du kyste à échinocoque.

La réaction de d'Amato appliquée à la syphilis a été contrôlée par de nombreux auteurs parmi lesquels nous rappellerons d'Arrigo, Colella, Fanton, Nonnis et Salaris, Berretta, Pittari, etc.

Peu de mots sur la technique suivie par d'Amato dans la réaction hémoclasique appliquée à la syphilis.

Dans un premier temps, l'auteur pensant au diagnostic de la syphilis par analogie avec les faits qu'il avait observés dans la tuberculose, croyait devoir expérimenter avec la *luétine* ; mais, vu la difficulté de se procurer cette substance, il fut conduit à suivre une autre voie. En partant du principe que tous les remèdes antisyphilitiques produisent dans le premier temps, une réactivation de la maladie, il voulut voir si, dans le même temps, ils provoquaient chez les syphilitiques un choc hémoclasique spécifique.

D'abord il essaya avec des injections de 2 centigrammes de biiodure de mercure et ensuite il employa même le néosalvarsan par voie intraveineuse à la plus petite dose et quelques préparations de bismuth.

Pour des raisons faciles à comprendre, l'auteur conseille d'employer de préférence le bi-iodure de mercure à la dose de 2 centigrammes ; mais, le sublimé, le cyanure, etc., ont également bien répondu à plusieurs expérimentateurs qui ont contrôlé la réaction.

Les examens sont faits sur des malades à jeun. On procède soigneusement à la première numération après laquelle on fait une injection de la préparation antisyphilitique et après une demiheure on répète la numération des leucocytes. Il est nécessaire de faire attention de ne pas retarder la seconde numération des leucocytes de plus d'une demi-heure, parce que la réaction est fugace et les données pourraient donc être fallacieuses.

Il est inutile d'ajouter que la numération des leucocytes doit être faite avec la plus grande diligence et une grande attention. Pour cette raison il est nécessaire de réduire au minimum toutes les causes d'erreur auxquelles ordinairement on se heurte et pour cela il est nécessaire de faire à chaque fois la moyenne de plusieurs numérations sans donner de valeur à celles qui donnent des chiffres notablement disparates.

La diminution des leucocytes n'est pas la même dans tous les cas. Quelquefois la diminution est de quelques centaines, et dans ces cas on ne doit pas en tenir compte, en considérant une telle diminution comme dans les limites d'erreur de la technique.

Au contraire on doit considérer comme nettement positives seulement les réactions hémoclasiques dans lesquelles la diminution des leucocytes est très voisine de 1.000 (+), quand au contraire elle est un peu inférieure à 1.000, par exemple de 600 à 800, on doit la considérer comme faiblement positive ou douteuse (+ —); quand la diminution est à peu près de 2.000 leucocytes elle est considérer comme fortement positive (++) et quand elle atteint ou dépasse les 3.000 leucocytes la réaction est très fortement positive (+++).

Nous rapportons intégralement les conclusions de d'Amato sur sa réaction :

1° Les injections intramusculaires ou intraveineuses de préparations solubles de mercure ou de préparations de bismuth ou d'arsénobenzol provoquent d'une manière spécifique, chez les sujets atteints de syphilis un choc hémoclasique dont le phénomène le plus caractéristique et le plus constant est la *leucopénie.*

La réaction hémoclasique est positive dans le plus grand nombre des cas de syphilis ; elle est négative dans un petit nombre et particulièrement chez les sujets qui ont reçu un traitement antisyphilitique énergique.

2° Chez les sujets sains ou atteints de maladies différentes de la syphilis, l'injection de préparations antisyphilitiques ne provoque presque jamais la réaction hémoclasique et souvent provoque une légère *leucocytose.*

3° L'injection des préparations solubles mercurielles faites pendant plusieurs jours consécutifs chez les syphilitiques, provoque la réaction hémoclasique positive toujours de la même manière.

4° Les traitements antisyphilitiques énergiques et longs rendent négative la réaction hémoclasique ; moins facilement cependant que la réaction de Wassermann.

5° L'injection de certaines protéines (sérum de sang, lait stérilisé) chez les syphilitiques ne provoque pas la réaction hémoclasique.

6° La réaction hémoclasique obtenue chez les syphilitiques avec l'injection de médicaments antisyphilitiques se présente si évidente

et constante qu'elle peut être considérée comme un moyen diagnostique de grande valeur.

7° La réaction hémoclasique des syphilitiques a une grande valeur biologique, parce qu'elle se produit chez des sujets non artificiellement sensibilisés (1) et se produit par une action de substances cristalloïdes particulières qui expliquent son action thérapeutique.

*
* *

Sous le nom de *leucocyto-réaction de la syphilis*, dans le mois de décembre 1929, J. Gouin, H. Bienvenue, P. Daoulas et M. Pères décrivent une réaction sanguine spéciale aux syphilitiques, et qui consiste en ceci « que le syphilitique avéré ou méconnu, réagit par une *hyperleucocytose* à l'injection de son propre sang ou à des médicaments antisyphilitiques, tandis que, dans les mêmes conditions, le sujet exempt de syphilis présente une *leucopénie* ». D'après ces auteurs la leucocyto-réaction est spécifique et elle est plus sensible que la réaction de Wassermann. La technique suivie par les auteurs est la suivante : le sujet est à jeûn. Prise de sang au doigt pour la première numération. Aussitôt après, injection d'un médicament antisyphilique (914, acétylarsan, bismuth et cyanure de mercure). Après deux heures la seconde numération est pratiquée.

Les auteurs enfin, font connaître *que la réaction de la syphilis qu'ils ont signalée se distingue de toutes les autres par les caractères suivants :*

1° *Elle se constate par numération et non par un procédé colorimétrique.*

2° *Elle porte sur les éléments figurés et non sur le sérum.*

3° *C'est une réaction physiologique qui se passe dans l'organisme et n'a pas à se développer* in vitro. *La technique, le principe et le mécanisme en sont donc nouveaux* (sic).

Les auteurs expliquent que leur réaction est due à un phénomène de *choc*.

*
* *

(1) C'est-à-dire chez des sujets non artificiellement sensibilisés par des injections précédentes. La R. H. donc est différente du choc anaphylactique commun qui se vérifie seulement chez des sujets précédemment sensibilisés.

En lisant les travaux sur la réaction de d'Amato et les publications des auteurs sur la leucocyto-réaction, on reste surpris parce qu'à une observation superficielle il semble que les deux réactions soient en tous points opposées et contradictoires.

Il nous a paru intéressant d'étudier le phénomène signalé par d'Amato et celui indiqué par Gouin et ses collaborateurs.

Voici le résumé de nos résultats :

En voulant expérimenter la valeur pratique de la réaction hémoclasique (R. H.) et de la leucocyto-réaction (L. R.) nous avons suivi exactement la technique conseillée par les auteurs.

Pour éviter toutes les causes d'erreur possibles nous avons exécuté les recherches en tenant compte de la position du sujet ; nous avons activé la circulation locale avant de piquer le doigt ; nous n'avons pas facilité l'écoulement du sang par la pression sur les endroits vasculaires voisins ; nous avons écarté les premières gouttes de sang, etc.

Le médicament employé a été le bi-iodure de Hg, à la dose de 2 centigrammes par injection intra-musculaire.

Première série d'expériences.

Dans une première série d'expériences nous avons recherché la numération des leucocytes après une demi-heure et après deux heures. Bref, nous avons recherché la R. H. et la L. R.

Parallèlement à la R. H. et à la L. R. ont été faits le Bordet-Wassermann et le Sachs-Georgi.

Les sujets examinés ont été au nombre de 100, tous syphilitiques ou supposés tels. La réaction de d'Amato a présenté une spécificité évidente dans 62 o/o des cas ; a été douteuse dans 6 o/o, négative dans 32 o/o des cas.

La réaction de Gouin a présenté une positivité dans 48 o/o des cas ; a été douteuse dans 10 o/o, négative dans 42 o/o des cas.

Ici il est opportun de remarquer que les cas de syphilis examinés étaient constitués par 10 cas de chancre ; 20 cas avec manifestations à caractère nettement secondaire ; 5 cas d'aortite syphilitique ; 2 cas d'anévrysme ; 15 cas de syphilis nerveuse ; 20 cas d'anciens syphilitiques sans lésions actives ; 5 cas d'enfants hérédo-syphilitiques non soignés ou mal soignés ; 20 cas de syphilis viscérale (hépatite

syphilitique, sténoses rectales, etc.); 2 cas d'ostéomyélite syphilitique ; 1 cas de gomme exulcérée du front.

Dans l'ensemble, les malades ont présenté le Bordet-Wassermann positif dans 74 o/o des cas, le Sachs-Georgi dans 65 o/o, la R. H. positive dans 62 o/o, la L. R. dans 42 o/o.

Nous signalerons que la R. H. a démontré une plus grande spécificité dans 20 o/o des cas de syphilis viscérale (19 cas positifs sur 20) dans lesquels la réaction de Wassermann avait donné une positivité de 16 sur 20, la Sachs-Georgi de 14 sur 20 ; la L. R. a présenté la positivité dans 14 cas sur 20.

Dans les 10 cas de chancre nous notons que la R. H. a démontré la positivité dans 2 cas et la L. R. dans 1 cas dans lesquels les réactions sérologiques étaient encore négatives.

La moindre spécificité respective au Bordet-Wassermann, et au S. G. R. nous l'avons constatée dans les manifestations secondaires.

Dans nos nombreuses observations nous avons vu que, lorsque nous avons obtenu la R. H. positive, presque toujours, nous avons obtenu une L. R. positive ; mais il ressort de notre pourcentage que la R. H. a présenté une spécificité plus grande. Seulement deux fois, la L. R. s'est montrée positive. au contraire, la R. H. a été négative.

Deuxième série d'expériences.

Dans la deuxième série d'expériences nous avons expérimenté la R. H. et la L. R. chez 50 sujets parmi lesquels il y avait 20 sujets sains et 30 atteints de diverses maladies (diabète, goutte, eczéma chronique, ulcères variqueux, tuberculose pulmonaire, osseuse, ganglionnaire, tumeurs, cirrhose alcoolique, insuffisance mitrale consécutive au rhumatisme articulaire aigu, ictère catharral, anémie).

La réaction de d'Amato a présenté 10 o/o d'erreurs, c'est-à-dire dans 2 cas de tuberculose avérée, dans 1 cas de fibrosarcome, dans 1 cas d'anémie simple, et chez un sujet tout à fait sain.

La leucocyto-réaction s'est montré positive dans les cas où la R. H. a été positive (exception faite pour le cas d'anémie dans lequel on a eu une très petite leucocytose) elle s'est montrée également positive dans 2 autres cas de tuberculose pulmonaire, dans 1 cas d'ic-

tère catharral et chez un sujet tout à fait sain. Chez tous ces sujets on a refait la réaction de Wassermann, et la réaction de Sachs-Georgi après réactivation et ces réactions sont restées parfaitement négatives.

Comme on le voit, des cas d'aspécificité sont présentés par les 2 réactions mais la L. R. en présente plus que la R. H.

Troisième série d'expériences.

Dans une troisième série d'expériences nous avons étudié la manière selon laquelle s'établit la leucopénie et la leucocytose.

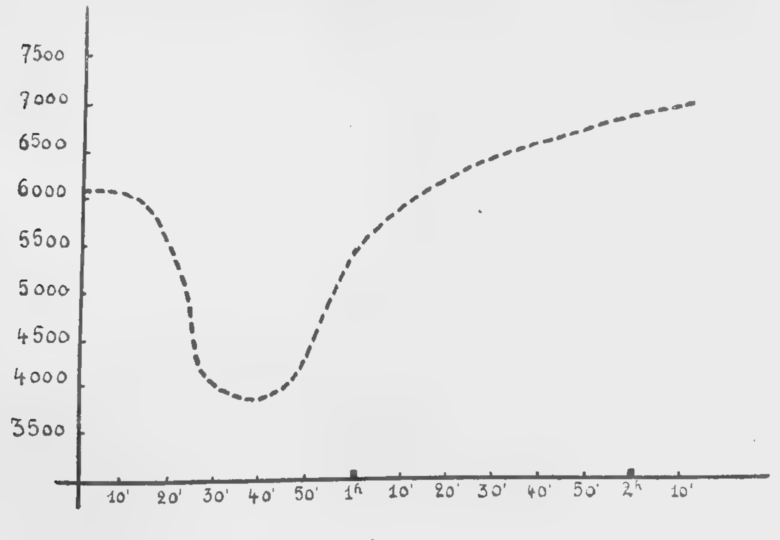


Fig. 1.

Chez 20 sujets à réactions de d'Amato et de Gouin positives, nous avons procédé aux opérations ordinaires et aux calculs habituels, en commençant les numérations après 15 minutes et en les répétant toutes les 5 minutes au début puis toutes les 10 minutes.

Dans la moyenne des cas la leucopénie s'est manifestée après 20 minutes ; est devenue plus évidente de 20 à 30 minutes, pour aller ensuite en s'atténuant progressivement après 45 minutes, après 60 minutes, avec tendance à revenir à la normale après cette dernière période.

A partir d'une heure et quart on note une légère augmentation des leucocytes qui devient après 2 heures une véritable leucocytose. La figure 1 montre bien l'allure du phénomène.

Mais si l'allure de la courbe leucopénique s'est montrée toujours constante, il n'en a pas été de même pour l'allure de la courbe de la leucocytose. En effet, dans deux cas nous avons remarqué dans les examens consécutifs faits après 2 heures, une série d'augmentations et de diminutions alternatives des leucocytes donnant lieu

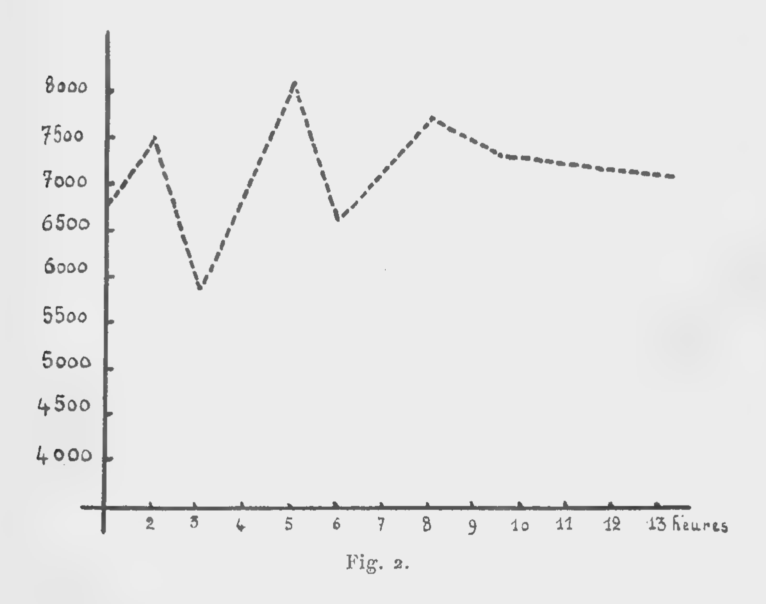


Fig. 2.

à une courbe accidentée. Le graphique d'un des deux cas (fig. 2) montre le phénomène.

Le phénomène de la leucocytose dans plusieurs cas atteint le maximum 4-5 heures après l'injection ; après 30 heures, revient à la normale et dans certains cas nous avons vu persister la leucocytose même après 24, 32, 48, 52 heures.

La faible leucocytose signalée par d'Amato dans la 1re demi-heure et la leucopénie signalée après la 2e heure par Gouin chez les sujets sains ne sont pas constantes et particulièrement la leucotyse.

Quatrième série d'expériences.

Etant donné que d'Amato a considéré sa réaction comme un phénomène de choc hémoclasique, nous avons voulu étudier même les autres facteurs du choc hémoclasique. Nos observations ont été très peu nombreuses (15 cas), et pour cette raison nous ne pouvons pas donner notre avis avec précision. Chez de tels sujets, nous avons étudié la pression sanguine, la formule leucocytaire, l'index réfractométrique. Dans un autre travail nous nous proposons de revenir sur l'argument et d'étudier même la rapidité de coagulation du sang, la rapidité de la sédimentation des globules rouges, la diminution des plaquettes.

Mais même si le nombre des examens a été très réduit nous avons eu l'impression que quelquefois se vérifient même les autres phénomènes du choc hémoclasique, bien que ce ne soit pas constant (1).

Pour cette raison, dans la pratique, la leucopénie reste toujours à employer.

Nos recherches ont confirmé celles exécutées par d'Amato, Colella, etc.

Dans 5 cas où la R. H. et la L. R. se sont montrées fortement positives, après 2 heures 1/4, nous avons noté la déviation à gauche de la formule d'Arneth (les lames furent colorées avec la méthode de May-Grünwald-Giemsa).

Bien que la recherche ait été faite seulement sur 5 cas, la question mérite d'être étudiée et nous croyons que le phénomène doit être constant puisqu'il a déjà été mis en évidence par d'autres auteurs (Cerchiai, Di Renzo) dans l'étude des éléments figurés du sang chez les syphilitiques soumis au traitement par les arsénobenzols.

Le fait que tous les phénomènes de la crise hémoclasique ne sont pas constamment vérifiés n'exclut pas qu'il s'agisse d'un choc hémoclasique puisque Widal signalait que le phénomène le plus constant du choc hémoclasique est de règle donné par la leucopénie.

*
* *

(1) Dans 9 cas sur 15 nous avons obtenu une très évidente diminution de la pression artérielle et dans 8 cas une très appréciable inversion de la formule leucocytaire et diminution de l'index réfractométrique.

Le phénomène mis évidence par d'Amato et la leucocytose à laquelle Gouin a donné une importance pour le diagnostic de la syphilis, pouvaient ainsi que nous l'avons déjà dit, être jugés, après une observation superficielle, comme deux phénomènes diamétralement opposés et présentant même une certaine absurdité dans la relation entre ces deux réactions.

Au contraire, il ressort de nos expériences que « *la réaction hémoclasique de d'Amato et la leucocyto-réaction de Gouin et ses collaborateurs, sont seulement deux temps différents du même phénomène : le choc hémoclasique* ».

Déjà Widal et ses collaborateurs avaient fait connaître au début de leurs études sur l'hémoclasie, qu'à une phase de leucopénie succédait une phase de leucocytose, qu'ils appelèrent, par une expression très exacte « *leucocytose réactionnelle* », et qu'une hypertension légère pouvait suivre le phénomène hypotensif décrit dans le choc hémoclasique (*Presse médicale*, 11 décembre 1920, p. 894 ; *ibidem*, 2 février 1921, p. 121).

Widal et ses collaborateurs ont fait connaître que dans le choc hémoclasique la leucopénie était toujours plus constante étant donné que dans la leucocytose (laquelle dans l'hémoclasie décrite par Widal, survient après 2 heures), il est possible d'avoir alternativement des augmentations et des diminutions de globules blancs. Dans nos recherches, nous avons vu dans deux cas, comme nous l'avons déjà dit, la formation d'une courbe accidentée dans le deuxième temps du choc hémoclasique appliqué au diagnostic de la syphilis.

Le phénomène d'une leucocytose chez les sujets syphilitiques à la suite des injection de préparations spécifiques (arsènobenzol) avait été déjà décrit (Cerchiai) La leucocytose a été décrite comme étant consécutive à la leucopénie même dans la réaction de d'Amato appliquée à la tuberculose c'est-à-dire dans la réaction tuberculine-hémoclasique.

Mais si la leucocytose qui survient aussitôt après la leucopénie doit être considérée comme une leucocytose réactionnelle, selon le sens de Widal, à notre avis, la leucocytose qui persiste pendant plusieurs heures doit rentrer dans un autre ordre de faits, c'est-à-dire que cette leucocytose postérieure doit être attribuée à l'action stimulante des médicaments anti-syphilitique sur la moelle osseuse,

Conclusions.

1° La réaction de d'Amato et la leucocyto-réaction de Gouin et de ses collaborateurs ne sont pas diamétralement opposées parce qu'elles sont deux temps différents du même phénomène : le choc hémoclasique.

2° La leucopénie mise en évidence par d'Amato est plus spécifique que la leucocytose et pour cette raison la réaction de d'Amato mérite de préférence l'application dans la pratique.

3° La réaction de d'Amato mérite d'être appliquée particulièrement dans les cas avec Wassermann négatif ou douteux et spécialement dans les cas de syphilis viscérale.

4° A notre avis, on doit donner à la R. H. seulement la valeur qu'on doit donner à toutes les autres réactions diagnostiques c'est-à-dire celle d'un *signe non absolu* d'infection syphilitique. Comme dans toutes les autres réactions diagnostiques, même dans la R. H., existent des cas d'aspécificité et pour cette raison la R. H. peut servir seulement à acheminer au diagnostic de la syphilis.

Le critérium clinique doit rester toujours le principal dans le diagnostic de la syphilis.

5° Contrairement à ce que pensent Gouin et ses collaborateurs, la technique, le principe et le mécanisme de la leucocyto-réaction qu'ils ont décrits ne sont pas nouveaux.

BIBLIOGRAPHIE

D'Amato L. — Lo shock emoclasico come mezzo di diagnosi della tubercolosi, della sifilide e di altre infezioni. *Atti del XXX Congresso Italiano di Medicina* (Milano, 1924), Rome, Pozzi éd.

D'Amato L. — Sulla crisi emoclasica da tubercolina. *Atti del 27° congr. Med. Intern.*, Napoli, 1921.

D'Amato et de Durante. — Sulla crisi emoclasica da tubercolina nei tubercolitici. *Rif. Med.*, 1924, p. 988.

D'Amato L. — Di una nuova emodiagnosi della sifide mediante la reazione emoclasica. *Rif. Med.*, 1927, n° 22.

D'Amato L. — Di una nuova emodiagnosi delle infezioni tifoidi e della infezione melitense mediante la reazione emoclasica. *Rif. Med.*, 1928, n° 2.

D'Arrigo M. — La reazione emoclasica del d'Amato nella malario-terapia dei paralitici progressivi. *Rin. Med.*, 1927, n° 24.

De Bonis V. — Rass. Clin. Scient., *J. B. J.*, 1927, n° 20.

Berretta. — *Rinascenza Medica*, 1928, n° 19.

BOSSA. — *Riforma Medica*, n° 7, p. 211, 1929.
BOSSA. — *Atti del 32° Congr. di Med. Int.*, Padue, 1926.
BONANNO. — *Rif. Med.*, 1927, p. 777.
CERCHIAI. — *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilol.*, 1926, n° 4.
CAPPELLANI. — *Boll. Soc. Biol. Sper.*, Messina, 1926, n° 6.
COLELLA. — *Folia Medica*, 1927, n° 4.
CIACCIO. — *Boll. Soc. Ital. di Biol. Sper.*, 1928, n° 10.
FANTON. — *La Clinica Pediatrica*, 1928, n° 10.
J. GOUIN, A. BIENVENUE, P. DAOULAS et M. PERES. — Réaction leucocytaire précoce à la suite de l'injection d'un sang quelconque ou de médicaments antisyphilitiques. Leucocyto-réaction de la syphilis. *Bull. Soc. franç. de derm. et de syph.*, 12 décembre 1929, p. 1230.
J. GOUIN, BIENVENUE et DAOULAS. — *Bull. Soc. franç. de derm. et de syph.*, février 1930, n° 2.
J. GOUIN, BIENVENUE et DAOULAS. — *Annales de derm. et de syphil.*, février 1930, n° 2.
LANTERI. — *Archiv. Italian. Dermat. e Sifil.*, 1929, vol. 4, n° 6.
LENZI. — *Rif. Med.*, 1928, n° 4.
LONGO A. — *Archiv. di Ostetricia e genecologia*, 1928, n° 3.
MUCCI. — *Giornale Italiano di Derm. e Sifil.*, 1928, n° 3.
MUCCI. — *Jl. Policlinico (Sez. Pratica)*, 1929, n° 4.
MOSSETTI. — *Rinascenza Medica*, 1928, n° 19.
NONNIS et SALARIS. — *Giornale di Clinica Medica*, 1929, n° 10.
PARADISO. — *La Clinica pediatrica*, 1929, n° 3.
PITTARI. — *Riforma Med.*, 1930, n° 7.
PISACANE. — *Giornale Ital. di Derm. e. Sifil.*, 1930, n° 1.
SANGUIGNO. — *Rivista di Patologia e Clinica della Tuberculosi*, 1928, n° 4.
SANTOIANNI. — *Rinascenza Medica*, 1928.
VIRGILIO. — *Rinascenza Medica*, 1929, n° 6.
WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD. — *Presse Médicale*, 11 décembre 1920 et 12 février 1921.

SUR UN CAS DE TOXICODERMIE MORTELLE PAR TEINTURE CAPILLAIRE (PLOMB)

Par MM. VALDIGUIÉ et PLANQUE
(Clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie de l'Université de Toulouse.
Professeur C. Audry).

I

Observation clinique (Planque).

X..., 57 ans, cuisinière, est transportée à l'Hôtel-Dieu, le 19 mars 1930, pour érythrodermie accompagnée de signes généraux graves.

Antécédents : mère morte âgée ; père « rhumatisant ». Un seul frère, souffrant lui aussi de douleurs articulaires chroniques. Mari en bonne santé ; un accouchement normal ; pas de fausse couche.

Sa santé antérieure était excellente.

Maladie actuelle : Au début de décembre, elle se teint les cheveux à l'aide d'un produit spécialisé que nous avons pu nous procurer et qui fera l'objet d'une étude chimique ci-après. La malade, très réticente, n'a pas donné de renseignements précis sur le nombre des applications de teinture, ni sur la façon dont elles furent faites. Mais il n'y a pas de doutes sur le produit employé.

Le 15 décembre, elle s'aperçoit d'une éruption du cuir chevelu et d'une rougeur diffuse occupant la surface de la poitrine habituellement décolletée, avec légère tuméfaction ; elle accuse, à ce niveau, ardeur et prurit. Cet érythème progressivement, s'étend au cou, aux régions mastoïdiennes, et à la totalité du visage, entièrement envahi au bout d'un mois.

Vers le 15 janvier 1930, elle s'aperçoit, en lavant sa lessive, que ses mains deviennent rouges, chaudes, et se tuméfient ; en quelques semaines, les avant-bras, puis les bras sont envahis au degré actuel. Tous les 5 à 6 jours environ, et surtout au contact de l'eau, de nouvelles poussées d'inflammation se déclarent aux mains et aux avant-bras.

Pendant toute cette période, la malade a été soignée pour un eczéma provoqué (elle n'avait pas parlé de teinture). M. Audry la vit une fois dans cette période, diagnostiqua une dermatite artificielle, lui dit d'entrer à l'hôpital, toutes les thérapeutiques antérieures (autohémothérapie en particulier) étant restées sans effet. A cette date, il n'existait encore que des symptômes cutanés.

Le 27 janvier 1930, la malade, prise d'une grande fatigue et ayant l'impression (qui désormais ne la quittera plus), qu'elle est gravement atteinte, cesse tout travail et s'alite.

Depuis, l'érythème a subi de faibles variations ; il a desquamé, sans jamais avoir nettement suinté. Son médecin, ayant constaté la tachycardie (120), a prescrit la digitale.

Examen : 1° Lésions cutanées et muqueuses :

A la tête : le visage est tuméfié ; les lèvres cyanosées ; les méplats du visage sont bleuâtres ; les points saillants (nez, menton, régions malaires), où la peau est plus tendue, sont, au contraire, pâles et jaunâtres.

Le front, les joues, le menton, le cou, les oreilles, sont le siège d'une rougeur vive et diffuse, dont les limites sont insensibles du côté du cuir chevelu ; au même niveau l'épiderme desquame (en poudre au visage ; en lamelles au cou) ; au-dessous, la peau est infiltrée d'un œdème élastique.

Le cuir chevelu est partout épaissi et squameux.

A la poitrine, on voit, dessinant un décolleté très large, une large plaque rouge et œdémateuse ; rougeur et œdème, surtout marqués au centre, s'atténuent progressivement vers la périphérie, où la peau est saine.

Le dos, le tronc, l'abdomen sont indemnes.

Les membres supérieurs sont, en tous points, infiltrés d'œdème et ont pris un aspect cylindrique ; les doigts sont gonflés en boudins. Cet œdème est plus mou et plus dépressible qu'à la face ; à son niveau, la rougeur est moins vive et s'efface aisément à la pression. La desquamation est surtout marquée à la paume des mains et aux doigts.

Aux membres inférieurs, une rougeur discrète, mais surtout l'œdème, reparaissent à la face externe des cuisses, surtout marqués dans la région moyenne.

Partout où siège l'érythème, la malade éprouve une sensation de chaleur et du prurit. Le degré marqué d'impotence de ses membres supérieurs, dans la position couchée, paraît dû à la fois à ses œdèmes et à son asthénie.

Les ongles sont intacts.

Certains cheveux sont noirs, de leur racine à leurs extrémités ; d'autres, blancs, sans topographie précise.

Les conjonctives sont subictériques.

La langue est très blanche, avec, sur ses bords, un enduit fuligineux.

La face interne des joues, les piliers antérieurs sont le siège d'ulcérations polycycliques, couvertes de fausses membranes, saignant peu, et d'odeur fétide ; certaines ont l'aspect de phlyctènes vidées.

2° Examen viscéral :

Tube digestif : On note une grande difficulté à ouvrir la bouche (à cause de l'infiltration des lèvres), une dysphagie marquée (à cause de la stomatite), une gêne considérable de la déglutition, une constipation opiniâtre.

Le foie, à la percussion, est de volume normal ; la rate n'est pas percutable.

Appareil respiratoire : elle respire difficilement par le nez ; la rhinolalie est très marquée ; elle tousse beaucoup et émet une abondante expectoration mucopurulente. Même assise, sa polypnée est intense.

L'examen physique révèle : des signes de bronchite aux deux sommets, et à la base droite, un syndrome de congestion (soufle et râles), remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate.

Appareil circulatoire : La pointe du cœur est impossible à percevoir ; à l'auscultation, ébauche de bruit de galop

Pouls (régulier) à 120.

Tension (Pachon) 15-10.

Urines (M. Valdiguié) :

Volume des 24 heures, 320 cm^3.

Densité, 1.032.

Réaction acide :

Acidité, 2,610.

Ammoniaque, 2,065 o/oo.

Urée, 28 gr. 648 o/oo.

Chlorures, o gr. 877.

Albumine, o gr. 30.

Urobiline, présence.

Autres éléments anormaux, néant.

Rapport de Maillard, 12,3.

Examen du sang :

Réaction de Wassermann, négative.

Temps de saignement, normal.

Temps de coagulation, normal.

Formule sanguine, non modifiée.

Système nerveux : Aucun trouble à signaler, sauf une asthénie extrêmement marquée.

Obésité : temp., 38^{0}5.

Le 22 mai 1930, la dyspnée s'aggrave. Un nouveau foyer de congestion, circonscrit, apparaît dans la région moyenne du poumon droit, coïncidant avec une élévation de la température à 40^0. Oligurie de plus en plus marquée.

Le 23 mai 1930, la dyspnée, la cyanose, ne font que s'aggraver. Un nouveau foyer de pneumonie apparaît au sommet droit, cependant que les râles de bronchite deviennent plus nombreux et plus bruyants. Le pouls se maintient à 120.

Les jours suivants, l'état général s'aggrave et, malgré le traitement (oxygène, huile camphrée, éther, ventouses scarifiées) la malade meurt chez elle, dans le coma, le 26 mai 1930.

En résumé, femme de 56 ans, ayant présenté à la suite d'une application de teinture en noir sur les cheveux, une érythrodermie

à début eczématiforme de la tête, du cou et des mains, tout à fait caractéristique d'une dermatite par teinture ; au bout de quelques semaines, apparition de phénomènes généraux de plus en plus graves accompagnés d'albuminurie et d'insuffisance hépatique ; œdèmes, cachexie, mort par broncho-pneumonie.

On peut supposer qu'il y a eu un premier stade d'irritation cutanée sévère, et que secondairement l'intoxication générale s'est installée : on ne peut dire si cet état initial du tégument a ou n'a pas été l'origine de l'empoisonnement général qui s'est terminé par une issue fatale.



II

SUR LES TEINTURES PAR LE PLOMB (VALDIGUIÉ)

A la suite des accidents observés sur cette malade et rapportés dans la note précédente, M. le professeur Audry nous demanda d'examiner la teinture dont cette femme se servait pour teindre ses cheveux en noir, afin d'en connaître la composition, et d'établir si l'usage prolongé de cette drogue pouvait expliquer la dermite primitive et les accidents qui lui succédèrent.

Composition de la teinture incriminée.

La teinture dont il s'agit est à un seul liquide ; elle est incolore, fluide, parfumée à l'eau de rose, additionnée d'un parfum synthétique indéfinissable. Dans le fond du flacon s'est déposé un amas de substance noire, lourde. Si l'on abandonne le liquide à l'air, il se forme assez rapidement un dépôt noir qui se fixe sur les parois du récipient.

La réaction de ce liquide est assez acide. Par évaporation dans une capsule de platine le résidu obtenu apparaît constitué par deux substances différentes l'une cristallisée, blanche, occupant le centre du dépôt, l'autre est noire, elle forme une couronne large d'un centimètre environ autour de la substance blanche.

La quantité de liquide dont nous disposions ne nous a pas permis d'établir sa composition centésimale, toutefois nous avons pu

y déceler le plomb, l'ammoniaque, l'acide hyposulfureux et l'acide acétique.

Cent centimètres cubes de teinture laissant 10 grammes de résidu contenant environ 6 grammes d'hyposulfite alcalin évalué en hyposulfite de soude et 2 gr. 50 environ d'acétate de plomb. L'excès d'hyposulfite alcalin est nécessaire pour solubiliser l'hyposulfite de plomb formé par la réaction de l'acétate de plomb sur l'hyposulfite. Il s'agit donc d'une teinture capillaire à base d'hyposulfite d'ammoniaque et d'acétate de plomb du type de celles que l'on dénomme progressives parce qu'elles exigent plusieurs applications successives pour obtenir la teinte désirée, puis des doses d'entretien.

Les teintures à base d'acétate de plomb et d'hyposulfite alcalin agissent par la formation de sulfure de plomb provenant de la décomposition de l'hyposulfite double de plomb et de soude ou d'ammoniaque. Mais cette transformation est lente. Le sulfure de plomb ainsi formé se fixe sur le poil et le colore.

Nous avons recherché s'il n'existait pas dans ce liquide quelque substance organique (paraphénylène, paratoluylène diamine, diamidophénol (métol) ajoutée pour renforcer le pouvoir tinctorial du sulfure de plomb.

Nous ne pûmes déceler aucune de ces substances par leurs réactions habituelles, ni la diazotation, ni la formation d'indamine, ni l'oxydation ne nous permirent de caractériser la paraphénylène. Les réactions particulières et sensibles de l'acide pyrogallique et du diamidophénol furent également négatives.

Toutefois nous observâmes le fait suivant qui attira notre attention. Ayant traité quelques centimètres cubes de ce liquide par le sulfhydrate d'ammoniaque et l'éther pour isoler la « para » suivant la méthode de Denigès (*Précis de Chimie analytique*, p. 201) l'éther fut séparé et évaporé. Par évaporation, l'éther abandonna une substance lamelleuse blanchâtre, dégageant une odeur spéciale de souris, odeur à la fois pénétrante et irritante dont l'action se manifesta sur mes collaborateurs et sur moi-même par de l'angoisse, de la gêne respiratoire. Il était naturel de penser que la formation de quinone imine n'était peut-être pas étrangère à ces manifestations. Et cependant nous ne pûmes isoler ou caractériser la paraphénylène. Nous nous demandâmes dès lors si la présence d'un hyposulfite alcalin ne gênait pas ou n'empêchait pas les réactions

de la paraphénylène. Plusieurs auteurs ont signalé des faits de ce genre, et Kohn Abrest dans son *Traité de Toxicologie* indique que les réactions de la paraphénylène ne se produisent pas en présence de diamidophénol.

De nos essais, il résulte que l'addition de 3 grammes d'hyposulfite de soude à 100 centimètres cubes d'eau d'une solution de para à 1 0/0 empêche totalement les réactions habituelles de la paraphénylène (réaction à l'extrait de Javel et acide chlorhydrique ; réaction au nitrite de soude...) seule la réaction de l'indamine reste positive en présence d'hyposulfite mais elle ne se produit plus en présence d'un sel de plomb.

Par contre les réactions de l'acide pyrogallique et celles du diamidophénol ne sont pas troublées par l'addition d'hyposulfite.

De tous ces faits résultent les conclusions suivantes :

1° La teinture examinée est à base d'hyposulfite de plomb dissous dans un excès d'hyposulfite alcalin, résultant de la réaction de l'acétate de plomb sur un sel alcalin de l'acide hyposulfureux. Son pouvoir colorant tient à l'instabilité de l'hyposulfite de plomb et à la précipitation de sulfure de plomb sur le poil.

2° En présence d'hyposulfite de soude, et de plomb il n'est pas possible de caractériser par les réactifs habituels la paraphénylène.

Toxicité des teintures à base de sels de plomb solubles ou solubilisés.

En admettant donc que cette teinture ne renferme qu'un sel de plomb, la question se pose de savoir si aux doses utilisées les sels de plomb sont toxiques et capables de provoquer par un usage prolongé des accidents.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que les sels de plomb sont absorbés par la peau ; nous ignorons si les poils ne les absorbent pas, il n'est pas douteux qu'appliqués sur la tête ils sont absorbés rapidement en raison de la surface de la peau imprégnée.

Les formulaires qui rapportent des formules de teinture pour cheveux à base d'acétate de plomb, les considèrent comme dangereuses; contrairement à l'opinion courante les sels de plomb sont toxiques à des doses faibles. Hugounenq fixe la dose toxique de

l'acétate de plomb entre 0 gr. 50 et 1 gramme. Or cette dose est contenue dans 50 centimètres cubes de teinture. En admettant que le contenu d'un flacon de 100 centimètres cubes, soit employé en deux mois et que le dixième seulement soit absorbé par la peau, il est facile de calculer que la dose minima de plomb absorbée en un mois est de 5 centigrammes. Si faible que paraisse cette dose elle est susceptible de provoquer des accidents ; elle est de l'ordre de celles que contiennent les eaux des régions volcaniques circulant dans des canalisations de plomb et qui provoquent des accidents.

Nous venons de raisonner comme s'il s'agissait d'une solution renfermant de l'acétate de plomb ; or la teinture considérée contient non plus de l'acétate de plomb mais de l'hyposulfite plombique dissous dans un hyposulfite alcalin, et nous ignorons si sous cette forme le plomb n'est pas plus facilement absorbable et par conséquent plus toxique.

L'absorption est facilitée à n'en pas douter par les érosions produites sur le cuir chevelu par l'acidité même du liquide et aussi par les mordants que peuvent contenir ces teintures.

La fixation du sulfure de plomb sur la laine à partir d'une solution d'hyposulfite de plomb n'est possible qu'en présence d'un mordant ; il en est sans doute ainsi pour le poil et la nature de la substance employée peut favoriser l'absorption ou provoquer des érosions la facilitant.

La teinture en noir par les solutions d'hyposulfite de plomb est due à la précipitation du sulfure de plomb et à la fixation sur le poil.

Mais ce sulfure de plomb est insoluble et par conséquent ne peut être absorbé. Ce n'est donc pas à cet état que le plomb est toxique.

L'agent toxique est l'hyposulfite de plomb solubilisé à l'état de sel double. C'est l'application renouvellée de ce produit à la racine des cheveux qui en constitue le danger.

Il n'est pas douteux que l'usage prolongé de telles teintures entraîne l'absorption par la peau d'une notable quantité de plomb susceptible de provoquer certaines des manifestations de l'intoxication saturnine.

La malade dont il s'agit a succombé à une bronchopneumonie et l'on peut se demander si cette infection intercurrente n'a pas été

facilitée par l'intoxication saturnine chronique consécutive à l'usage de cette teinture à base de plomb, puisque Hirt a montré combien étaient sujets aux infections les saturnins. Mais, dira-t-on, bien rares sont les cas de saturnisme par l'emploi de teintures à base de sels de plomb.

Le nombre paraîtra infime si on le rapporte au nombre de ceux qui en usent. N'oublions pas que le médecin ne connaîtra que les cas graves qui ne peuvent lui être cachés. Il suffit de quelques victimes, si rares soient-elles, pour que la prohibition de tels produits s'impose, il appartient aux hygiénistes de ne tolérer que l'usage de teintures pour les cheveux absolument inoffensives, aux chimistes de résoudre ce problème.

La préparation et la vente des teintures contenant du plomb est interdite par la loi.

La préparation et la vente des teintures pour cheveux renfermant des sels de plomb entraîne quelques commentaires sur l'application des lois et règlements relatifs à la mise en vente des substances toxiques, et à la tolérance dont jouissent à cet égard les fabricants de produits pour la toilette et particulièrement ceux qui préparent des teintures pour cheveux renfermant des sels de plomb.

L'acétate de plomb qui entre dans la composition de ces teintures est inscrit au tableau C annexé au décret du 14 septembre 1926 complétant la loi sur les substances vénéneuses du 12 juillet 1916. Ce tableau C comprend les substances dites « dangereuses ». La toxicité de l'acétate de plomb n'a pas échappé au législateur même lorsqu'il s'agit de son emploi dans les produits de toilette puisqu'il réserve leur vente aux seuls pharmaciens suivant l'article 14 du décret du 14 septembre 1916.

« Les dispositions de l'article 4 sont applicables aux teintures et lotions pour cheveux, fards, cosmétiques, dépilatoires et produits de toilette préparés avec des substances du tableau A. La vente desdites compositions renfermant de l'arsenic du mercure ou du plomb est interdite à quiconque n'est pas pourvu du diplôme de pharmacien. »

Or cet article est inappliqué, parce qu'il est en contradiction avec l'article 44 du même décret autorisant les parfumeurs à vendre des

teintures, lotions, fards et cosmétiques renfermant des produits du tableau C.

A la faveur de cette amphibologie entre les textes de deux articles du même décret, les parfumeurs continuent à mettre en vente des teintures à base de sels de plomb.

Toraude et d'autres ont signalé les inconvénients graves de cette antinomie ; mais aucune modification n'est survenue, aucune circulaire n'est venue éclaircir par des commentaires un texte obscur et la vente des teintures à base de sels de plomb continue.

Les obligations relatives à l'étiquetage des teintures renfermant des sels de plomb ne sont pas observées.

En admettant que les parfumeurs aient le droit de préparer et de vendre des produits de toilette renfermant des sels de plomb, ils violent les prescriptions du décret du 14 septembre 1926 dans la présentation de leurs produits. Conformément aux articles 41 et 43 dudit décret les récipients contenant des substances inscrites au tableau C doivent être munis d'une bande verte portant le mot « dangereux » et entourant complètement le récipient. Afin de ne pas effrayer les usagers de teintures capillaires, les parfumeurs se contentent d'apposer une étiquette aussi petite que possible, sur laquelle est insérée une toute petite bande verte. Le mot dangereux est compris dans une phrase qui en dénature la signification puisqu'elle laisse entendre au client, que le produit ne serait dangereux que s'il était utilisé pour un autre usage ! Ces industriels habiles dans l'interprétation des textes s'appuient sur la fameuse circulaire ministérielle du 11 janvier 1917, adressée aux Inspecteurs des Pharmacies ; cette circulaire autorisait les fabricants à remplacer la bande verte, devant entourer complètement les récipients, par une mouche ou une bande placée dans un coin ; elle invitait de plus les inspecteurs des pharmacies à ne pas verbaliser contre les infractions aux articles 4 et 42 du décret de septembre 1914. Sans doute, la Cour de cassation a rappelé dans son arrêt du 20 juillet 1922, qu'une circulaire ministérielle ne saurait modifier un décret et que les prescriptions de la loi étaient applicables à toutes les préparations qui contiennent des toxiques A et C. Nous

venons de dire comment les parfumeurs se libèrent des prescriptions et obligations légales.

Les étiquettes apposées sur les flacons de teinture à base de sels de plomb devraient porter la mention : usage externe, conformément audit décret, pour éviter toute méprise ; mais coiffeurs et parfumeurs ne jugent pas opportun d'attirer l'attention de leur clientèle sur les propriétés toxiques de leurs produits.

Nécessité de connaître la formule exacte des produits de toilette renfermant des substances toxiques A ou C.

Nombreux sont les médecins qui s'élèvent contre la pratique de certains spécialistes qui n'indiquent sur l'étiquette qu'une formule incomplète sinon fausse, ou qu'une formule chimique bénéficiant comme le dit Huerre de l'obscurité voulue d'une terminologie chimique. Tout récemment, un de nos confrères rapportait les accidents anaphylactiques provoqués par l'absorption d'une spécialité renfermant du pyramidon alors que le nom de la spécialité n'indiquait pas l'existence de cette substance dans le médicament. Il y a quelques années des accidents ayant la même cause ont été observés chez une malade du service de M. le professeur Audry.

Les faits que nous avons signalés rendent cette obligation tout aussi impérieuse pour les teintures capillaires. En présence d'accidents le médecin n'aura pas toujours les moyens de faire analyser la teinture incriminée. Il ne suffit pas qu'il sache que telle teinture est à base de sels de plomb ou de paraphénylène, ou de diamido, il faut qu'il connaisse la composition intégrale du produit, puisque l'addition de telle substance peut modifier les propriétés du corps actif.

Nous avons montré que l'addition d'un hyposulfite alcalin ou d'un sel de plomb et d'un hyposulfite peut empêcher la réaction de la paraphénylène. Il ne suffit donc pas d'obliger les parfumeurs à indiquer la composition de leurs teintures il faut les mettre dans l'obligation d'affirmer qu'elles ne renferment pas des produits qui les rendraient plus toxiques. Il appartient aux commissions d'Hygiène de fixer la liste des substances interdites et d'organiser la surveillance des laboratoires des parfumeurs.

Surveillance des fabriques de produits dits de toilette lorsqu'elles utilisent des produits toxiques.

Actuellement les magasins et dépôts des coiffeurs et des parfumeurs sont soumis à l'inspection une fois l'an environ. Mais cette inspection est abandonnée aux inspecteurs adjoints des pharmacies. Or les crédits alloués à ces inspections sont à peu près nuls de telle sorte que ces établissements ne sont pas visités. D'ailleurs et conformément aux prescriptions de l'instruction générale concernant l'inspection pharmaceutique, la surveillance de cette catégorie d'établissements est relative à la vente et au débit de substances vénéneuses c'est-à-dire à l'exercice illégal de la pharmacie, plutôt qu'à la surveillance de la fabrication des produits de toilette.

Les inspecteurs adjoints, généralement des commissaires de police n'ont aucune autorité scientifique, ni technique pour pratiquer utilement leurs inspections.

CONCLUSIONS

De ce long développement il apparaît que :

1° La fabrication et la vente des teintures capillaires à base de sels de plomb devrait être interdite.

2° Les fabricants de tous produits hygiéniques renfermant des substances chimiques inscrites au tableau A ou C annexés au décret du 14 septembre 1916 devraient :

a) Se conformer strictement aux prescriptions des articles dudit décret ;

b) Indiquer clairement le nom de toutes les substances entrant dans la fabrication de ces produits.

3° Certains produits devraient être prohibés dans la fabrication desdites teintures.

4° Les fabriques de produits de toilette et les instituts de beauté devraient être soumis à des visites fréquentes par des inspecteurs habilités.

Il appartient aux Comités d'hygiène et plus particulièrement aux groupements médicaux de provoquer toutes mesures utiles pour protéger la santé publique.

Note additionnelle (par M. AUDRY).

Ce fait provoque des réflexions d'ordre médico-légal. Tous les dermatologistes savent que des dermatites souvent graves sont causées par les teintures en noir des cheveux, et nous avons plus d'une fois observé des coiffeurs dont les propres mains étaient victimes des drogues qu'elles appliquaient. On sait que les « phénylènes-diamines » passent pour les plus communes des substances dangereuses utilisées dans ces teintures. Il y en a d'autres : les sels de plomb par exemple. Or, si l'on parcourt les formulaires (celui de Cerbelaud entre autres) où on en retrouve les indications, on voit avec quelque étonnement que trois sur quatre y sont qualifiés de *dangereux*, donc connus comme tels.

Comment donc se peut-il que des teintures de ce genre se trouvent répandues dans le commerce avec ou sans autorisation soi-disant légale ? Il est possible que de tels produits soient inoffensifs dans l'immense majorité des cas ; mais soit par la substance même, soit par les corps qui lui sont associés à divers titres, ils peuvent, ils doivent fatalement rencontrer un jour ou l'autre des sujets idyosyncrasiques où éclateront inopinément des accidents aussi redoutables que ceux dont on vient de voir un exemple.

En premier lieu, il serait à désirer que les interdictions légales soient plus énergiques et plus efficaces.

En outre, la question des responsabilités se pose : dans l'immense majorité des cas, les victimes aiment mieux se taire que poursuivre en justice, à titre privé.

Mais on est en droit de se demander si dans les cas avérés, il n'appartient pas au Ministère public de prendre l'initiative des poursuites. Je me permets de rappeler que MM. Ramet, Marty et moi, nous avons déjà demandé qu'il en fut ainsi dans la recherche des responsabilités en cas de contamination vénérienne. D'ailleurs, les sels de plomb, ou les phénylènes-diamines ne constituent pas les seules préparations capables de teindre les cheveux en noir. Ils devraient être interdits, ou poursuivis en cas d'accidents.

Ch. AUDRY.

RECUEIL DE FAITS

UN CAS DE MOLLUSCUM CONTAGIOSUM DU CUIR CHEVELU

Par ZEN, OHYA
Assistant de la Clinique de Dermatologie de l'Université impériale de Kyoto.
Directeur : Professeur S. Matsumoto.

Il s'agit d'un jeune garçon de 13 ans qui depuis deux mois porte un *molluscum contagiosum* du cuir chevelu peu saillant, de forme hémisphérique, perlé et ombiliqué, d'une coloration d'un blanc

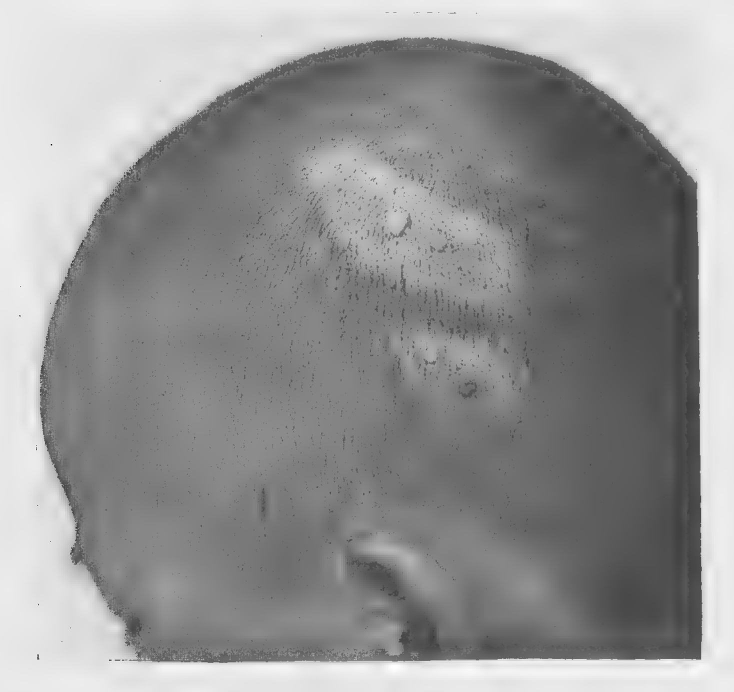


Fig. 1. — Molluscum contagiosum du cuir chevelu.

laiteux, opalin ou rose et ayant à peu près la dimension d'une tête d'épingle.

Quand on presse ces excroissances entre deux doigts, il sort de

la partie ombiliquée une matière crémeuse ou pâteuse qui, vue au microscope, paraît composée de cellules cornées et de corpuscules de *molluscum*.

L'histologie montre que le *molluscum contagiosum* est formé de lobes épidermiques assez réguliers, piriformes, à petite extrémité dirigée vers le centre ombiliqué.

Les cellules malpighiennes des lobules, à mesure qu'elles sont repoussées vers le centre ombiliqué, subissent, les unes la kérati-

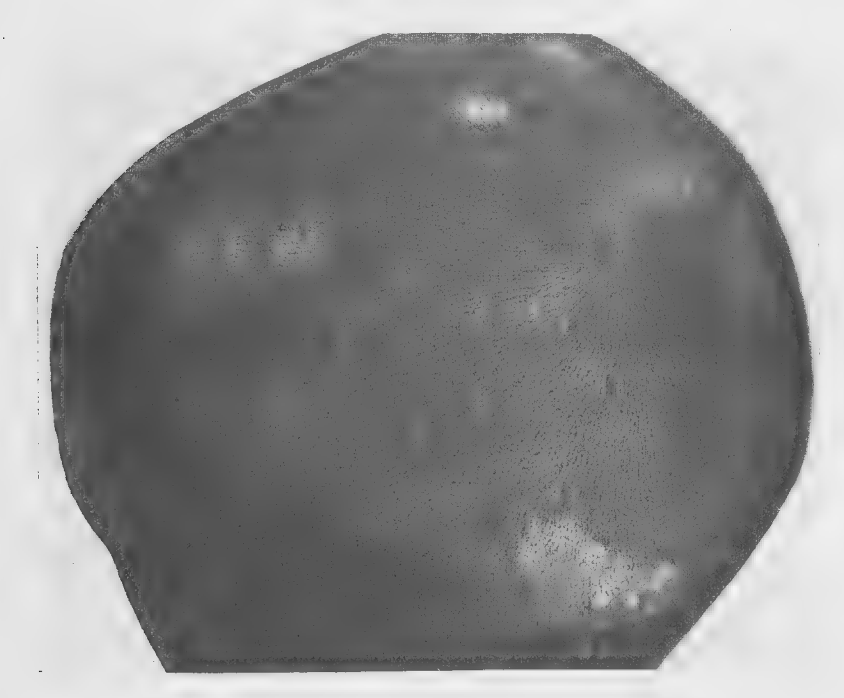


Fig. 2. — Molluscum contagiosum du cuir chevelu.

nisation avec éléidine, les autres une dégénérescence spéciale qui les transforme en corpuscules de *molluscum* de forme ovoïde, ayant les réactions des substances colloïdes ou kératoïdes.

Traitement : le *molluscum contagiosum* n'exige aucun traitement général et sa thérapeutique locale est fort simple ; elle peut se résumer en un mot : extirpation de l'élément éruptif.

La localisation normale est ordinairement la face, surtout les paupières, le cou, les parties génitales et leur pourtour, le pour-

tour de l'anus, les régions inguino-scrotales, mammaires, etc.
Le cas ci-dessus décrit est excessivement rare. Les auteurs con-

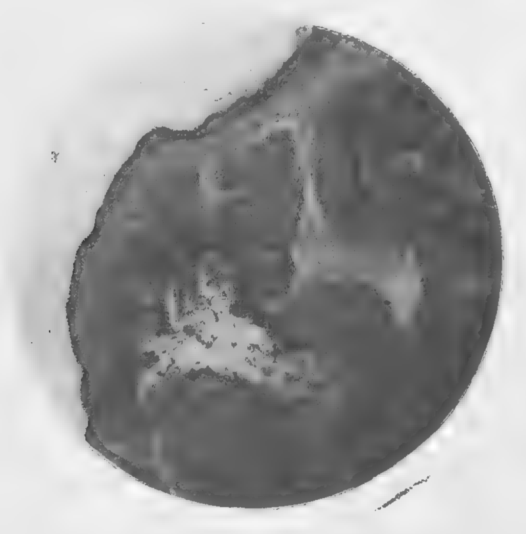


Fig. 3. — Coupe de molluscum contagiosum au début.

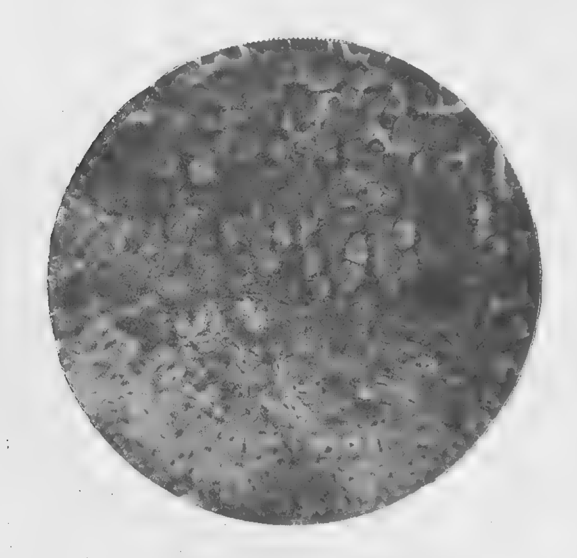


Fig. 4. — Lobules de molluscum contagiosum vus à un fort grossissement.

sultés ne signalent aucun cas semblable, aussi il m'a paru intéressant de faire connaître au public médical ce cas extraordinaire.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en juin 1930.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

La prophylaxie de la Syphilis dans les asiles d'aliénés, par Duric. *Annales des Maladies Vénériennes,* 25e année, no 6, juin 1930, p. 402.

B. demande justement que dans le programme de lutte institué contre la syphilis soit ajouté le dépistage systématique de la syphilis à l'endroit même où aboutissent un grand nombre de syphilis ignorés, c'est-à-dire à l'asile. Une fois le diagnostic de syphilis établi, une enquête sera faite près du médecin traitant ; les membres de la famille seront examinés au point de vue clinique et sérologique, des traitements prophylactiques seront institués. — Il serait nécessaire d'établir une liaison constante entre les services de neuro-psychiatrie d'une part, et le service de prophylaxie des maladies vénériennes et les laboratoires départementaux d'autre part. Ce dépistage ne sera d'une utilité sociale quelconque que si les mesures prescrites sont exécutées et ce sera le rôle important de l'infirmière-visiteuse d'hygiène sociale d'y veiller, d'encourager et de convaincre les défaillants.

H. Rabeau.

Belles gommes, par G. Belgodère. *Annales des Maladies Vénériennes,* 25e année, no 6, juin 1930, p. 407.

De belles gommes syphilitiques sont devenues si rares que leur publication est utile, dit B., afin d'éviter une erreur de diagnostic comme cela est arrivé pour le malade qui fait l'objet de cette observation. Homme de 46 ans, sans antécédents vénériens, marié depuis 14 ans ; sa femme bien portante a eu trois grossesses. En octobre 1928, il présente une tuméfaction de la région sternale ; un médecin consulté déclara qu'il s'agissait d'abcès osseux et incisa cette petite tumeur qui s'ulcéra largement. En juin 1929 il présenta une tuméfaction nouvelle à l'angle de la mâchoire qui s'ulcéra spontanément donnant issue à un liquide gommeux. B. vit le malade à ce moment. Il constata une gomme sternale ulcérée, une gomme au niveau de l'angle de la mâchoire, une périostite des clavicules et de l'humérus gauche. Le Bordet-Wassermann est fortement positif. — L'examen de la femme est négatif au point de vue clinique et sérologique. Un

des 2 enfants vivants est suspect cliniquement d'hérédo-syphilis, l'autre ne présente aucun signe. L'examen sérologique de ces enfants n'a pu être fait. Le malade a guéri par le traitement spécifique, mais n'a pu être revu une fois guéri. H. RABEAU.

Urétrites chroniques et impuissance, par ORPHANIDES (Constantinople). *Annales des Maladies Vénériennes*, 25e année, no 6, juin 1930, p. 425.

Nous avons analysé ici l'article du Dr B. Valverde, expliquant la plupart des cas d'impuissance sexuelle, de troubles d'érection et d'éjaculation par des lésions urétrales chroniques, dont le substratum anatomique serait localisé dans le *veru montanum*, la fossette prostatique, la prostate, les vésicules séminales. L'avis de O. est totalement différent. La généralité des sujets jeunes qui ont des lésions blennorragiques urétrales plus ou moins chroniques, n'ont pas de troubles d'érection et d'éjaculation, et ne se plaignent pas d'impuissance. Le plus grand nombre des impuissants jeunes sont des sujets n'ayant jamais eu de maladie sexuelle. Dans les lésions profondes destructives et atrophiques des testicules, de la prostate, dans les urétrites chroniques, l'impuissance sexuelle s'observe à des degrés divers suivant la gravité de la lésion destructive. H. RABEAU.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Criminalité et troubles psychopathiques chez l'enfant, par P. LEDOUX. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, no 4, avril 1930, pp. 194-214.

L'auteur a examiné 325 enfants détenus dans des colonies pénitentiaires, tous pervers, de nombreux vagabonds ou voleurs, quelques-uns criminels. Il énumère méthodiquement toutes les anomalies somatiques constatées chez eux et conclut qu'il y a environ 9 garçons sur 10 et 8 filles sur 10 entachés d'hérédo-syphilis, mais aucun examen sérologique ni enquête familiale n'ont été faits en général.

A. BOCAGE.

La pyodermite végétante de Hallopeau, par F. LOTTE. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, no 4, avril 1930, pp. 215-241.

Excellente et très complète revue générale avec bibliographie soignée. A noter une étude critique du mémoire de Péry sur les pyodermites végétantes d'où il résulte que la forme pseudo-néoplasique décrite par cet auteur est probablement un épithélioma, la forme papillomateuse paraît répondre au type Hallopeau et la forme verruqueuse correspond aux pyodermites tuberculoïdes étudiées par Gougerot. Au chapitre du diagnostic, l'auteur montre comment il faut bien distinguer la maladie de Hallopeau, dermatose externe staphylococcique pustuleuse, du pemphigus végétant de Neumann, maladie d'origine interne cryptogénétique fébrile toujours bulleuse. Il semble que le processus

végétant dépende non du germe mais du terrain. Nosologiquement, il s'agit d'une staphylococcie cutanée voisine du sycosis. Le meilleur traitement est l'antisepsie externe de préférence par l'alocol iodé au centième. Le novarsénobenzol et les vaccins sont inefficaces.

A. Bocage.

Annales de Médecine (Paris).

Crise splanchnique de tabès avec albuminurie paroxystique, par E. Cassaët et A. Fontan. *Annales de Médecine*, t. XXVII, n° 6, mai 1930, pp. 512-518.

C'est l'observation d'une femme de 48 ans qui présente des signes neurologiques et sérologiques indiscutables de tabès et qui depuis 5 ans a des crises douloureuses très étendues, de l'espace interscapulaire à la région lombaire, avec douleurs épigastriques abdominales, envies fréquentes d'uriner et d'aller à la selle. Pendant la crise, la tension artérielle s'élève notablement, les urines diminuent et sont très chargées, contenant de 1 à 5 grammes d'albumine et des cylindres.

Il ne s'agit donc pas d'une crise gastrique banale, mais d'une atteinte de tout le système sympathique abdominal, véritable crise splanchnique.

A. Bocage.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Contribution à l'étude des Onychomycoses. Un nouveau champignon du genre Scopulariopsis Baigner Scopulariopsis minimus, par A. Sartory, G. Hufschmitt et J. Meyer. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 3e série, t. CIII, 94e année, n° 22, 3 juin 1930, pp. 604-606.

Chez un enfant de 8 ans, quelques ongles des doigts s'épaississent à leur face profonde qu'une masse feuilletée grisâtre infiltre sur toute sa hauteur donnant naissance à des fissures longitudinales et diverses altérations mais sans périonyxis. Tous les traitements locaux furent inefficaces ; seul le tréparsol administré pendant des mois à la dose de 5 centigrammes par jour a fini par donner la guérison. Les auteurs purent mettre en évidence un nouveau champignon visible dans les ongles avec une technique convenable et dont la culture sur milieu de Sabouraud ne fut visible qu'au bout d'un mois. Les auteurs décrivent en détails les caractères botaniques de ce parasite.

A. Bocage.

Accidents causés par les teintures organiques utilisées pour les chaussures, étoffes, fourrures, ainsi que pour la préparation de certains fards, par A. Kling. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 3e série, t. CIII, 94e année, n° 24, 17 juin 1930, pp. 690-695.

L'auteur signale nombre d'accidents provoqués par l'emploi des teintures, quelques-uns dus à l'aniline furent mortels ; d'autres dus à des produits variés se traduisirent par des dermites plus ou moins tenaces : mais pour la plupart de ceux-ci, en particulier pour certains rouges à lèvres, il s'agissait d'idiosyncrasie. A. Bocage.

Bulletin Médical (Paris).

Lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie. Deux ans et demi de pratique du Bismuth lipo-soluble, par Clément Simon. *Bulletin Médical*, 44e année, no 24, 5 juin 1930, p. 407.

Depuis plus de 2 ans ½, S. expérimente les préparations de sels de bismuth dissous dans l'huile. Il l'a utilisé chez de très nombreux malades suivis cliniquement et sérologiquement. Pour lui, les bismuths lipo-solubles réunissent les avantages des bismuths solubles dans l'eau et les avantages des bismuths insolubles ; rapidité d'action des premiers, action de longue durée des seconds. Moins agressifs pour l'organisme que les sels solubles, ils ne créent pas de dépôts intra-musculaires comme les préparations insolubles. Quand les phénomènes d'intolérance ou d'intoxication apparaissent, ils disparaissent plus vite que lorsqu'il s'agit de bismuths insolubles. Ils constituent, dit-il, un juste milieu entre les préparations connues jusqu'ici et méritent de prendre le premier rang.

H. Rabeau.

De l'action favorable du plomb dans les cancers ulcérés, par E. Duroux. *Bulletin Médical*, 44e année, no 24, 5 juin 1930, p. 413.

Depuis de nombreuses années, l'auteur utilise dans la thérapeutique anticancéreuse locale une pommade dont voici la formule :

Sous-nitrate de bismuth.....	4 grammes
Acétate de plomb..........	(4 grammes)
Vaseline	80 —
Lanoline	20 —

Dans les cas douloureux, on ajoute 0,50 centigramme de chlorhydrate de cocaïne.

Cette pommade lui a donné des améliorations dans les cancers ulcérés. Ces améliorations sont surtout observées après les applications radiothérapiques, ou radiumthérapiques.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

Le bismuth-métal en suspension aqueuse dans le traitement antisyphilitique, par Galliot. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, no 11. Séance du 28 juin 1930.

Après avoir été partisan des sels insolubles, G. donne sa préférence aux sels de bismuth solubles. Les solutions huileuses lui paraissent, du fait de leur faible teneur en bismuth, devoir être abandonnées. Les solutions aqueuses de teneur en bismuth métal élevé (0,08 de bismuth par centimètre cube, ampoules de 2 centimètres cubes), sont bien supportées, pas douloureuses, et permettent d'espacer les injections.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris.

Les albumines du sérum des syphilitiques secondaires, par SÉZARY et MARTINET. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, no 19, 9 juin 1930, p. 945.

Les auteurs ont recherché les variations des lipides et des protides du sérum sanguin des syphilitiques secondaires au début de leur infection avant tout traitement et en dehors de toute complication.

Les chiffres des lipides se sont montrés sensiblement normaux. Par contre, ils ont noté un abaissement très marqué du quotient albumineux $\frac{\text{sérum}}{\text{globuline}}$ qui normalement est au moins de 1,6 et qui chez leurs malades n'a jamais atteint l'unité. Dans la plupart des cas, ils ont observé que sous l'influence du traitement intensif le quotient s'élevait, mais qu'après une série d'injections négativant la réaction de Bordet-Wassermann, il n'atteignait pas encore les chiffres normaux.

H. RABEAU.

Asthme et syphilis, par HENRI DUFOUR. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, n0 20, 16 juin 1930, p. 1002.

D. apporte ici ses observations de malades de ville, au total 37 asthmatiques qu'il divise ainsi :

1er groupe : 15 malades pour lesquels on ne peut invoquer un facteur syphilitique acquis ou héréditaire.

2e groupe : 2 cas, asthme dans le jeune âge, syphilis contractée par la suite.

3e groupe : 8 observations, l'influence de la syphilis est démontrée soit par l'action favorable du traitement, soit par la coexistence d'aortite, d'ostéite.

4e groupe : 6 malades dont la syphilis était antérieure à l'apparition de l'asthme et qui ont été améliorés par le traitement.

5e groupe : 5 enfants de pères syphilitiques.

La syphilis est souvent à la base des altérations pouvant intéresser le nerf vague depuis le bulbe jusqu'à ses filets terminaux. Le duvet, le pollen, etc..., sont les causes provocantes de la crise.

Pour Bezançon, la syphilis ne serait pas habituellement en cause.

Milian partage absolument l'opinion de Dufour : lésion d'un organe, le pneumogastrique par la syphilis, troubles fonctionnels en rapport avec cette lésion déclenchés par des causes multiples. Il recommande chez les malades de ne pas utiliser dans la thérapeutique spécifique l'arsénobenzol, poison du système endocrino-sympathique.

Pasteur Vallery-Radot n'a constaté que très exceptionnellement l'origine syphilitique de l'asthme ; c'est aussi l'avis de Hallé.

H. RABEAU.

Les signes d'amoindrissement du terrain chez les hypersensibles. L'hypophylaxie et la thérapeutique autophylactique, par E. Feuillé. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, no 21, 13 juin 1930, p. 1012.

En 1922, F. avait, dans une communication à la Société médicale des Hôpitaux, montré l'action désensibilisante générale de quelques médications polyvalentes non spécifiques. Depuis cette date, sa conviction sur la fréquence de la syphilis chez les hypersensibles s'est beaucoup modifiée, puisqu'il estime qu'il existe au moins 80 o/o de syphilitiques chez les hypersensibles. Qu'il s'agisse d'arthritisme ou de syphilis, il applique un même traitement. Cette thérapeutique générale faite de leucothérapie et de crasithérapie, ne vise que l'amélioration des moyens naturels de défense de l'individu (autophylaxie). Elle combine la rénovation leucocytaire avec la neutralisation des savons alcalins du plasma. La lutte antisavons se fait par neutralisation à l'aide des sels de calcium et d'albumoses, l'auto-hémothérapie constituant une réserve d'albumoses. Avec le vanadium, l'or, le nickel, le cuivre, le mercure, le bismuth, à doses infimes, il provoque une rénovation leucocytaire comparable à celle de l'abcès de fixation et de ses diminutifs, cautère, séton. Bien entendu, cette thérapeutique générale, dont on trouvera dans ce mémoire le mode d'application, devra être adaptée à chacun des types d'hypersensibilité ; pour l'asthme, on ajoutera l'émétine ; pour les fluxions nasales, l'urticaire : l'émétine et les sels de calcium. Il faut, dit F. : 1° rechercher la rénovation leucocytaire ; 2° apaiser les fluxions aiguës par l'argent colloïdal ; 3° agir sur le dynamisme leucocytaire par l'opothérapie ; 4° provoquer la dérivation intestinale, point très important ; 5° consolider la charpente métallique des cellules de l'organisme et en particulier des leucocytes par des médications alcalines, par l'ergostérol irradié ; on neutralise du même coup les savons alcalins.

La syphilis est une des affections les plus leucopathisantes. Au cours des traitements classiques par bismuth et arsenic, il se produit au début de la cure une phase d'hypophylaxie pendant laquelle l'organisme est plus facilement attaquable par les saprophytes. Pour F., ce que Milian croit provenir d'un biotropisme, dépend en réalité de l'hypophylaxie.

Quand la syphilis est reconnue, on aura recours dans la suite aux traitements par les doses courantes de bismuth lipo-soluble. Mais F. insiste sur l'importance de l'examen clinique et de l'interrogatoire dans cette recherche de la syphilis ; très souvent les réactions sérologiques sont négatives. Elles le seront presque toujours dans l'hérédo-syphilis.

Quand le malade a pu être soulagé par un de ces procédés, c'est une faute, dit F., d'en rester là ; on a effacé seulement un signal d'alarme.

H. Rabeau.

Asthme et hérédo-syphilis, par Ch. Flandin, E. Maison, Pl. Thiroloix et P. Soulier. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, no 21, 23 juin 1930, p. 1033.

Les auteurs reprennent la question de l'asthme et de la syphilis soulevée par Dufour ; l'asthme ne saurait pour eux être attribué à une syphilis acquise, mais ils ont retrouvé fréquemment l'hérédo-syphilis chez les asthmatiques vrais. Ils publient 8 observations d'asthme chez des hérédo-syphilitiques. C'est en modifiant le fonctionnement endocrino-sympathique que la syphilis crée le déséquilibre permettant l'accès d'asthme. En traitant la syphilis, on arrive à rééquilibrer le fonctionnement endocrinien, les excitations qui déclenchent l'asthme n'atteindront plus leur but. Ce traitement est souvent extrêmement délicat à régler du fait des réactions individuelles souvent vives des asthmatiques.

M. Comby nie toute relation de cause à effet entre l'asthme et la syphilis, soit acquise, soit héréditaire.

C'est aussi l'avis de M. Lortat-Jacob qui n'a pu établir de lien entre l'asthme et la syphilis. H. Rabeau.

Syndrome extrapyramidal strié syphilitique, par G. Guillain et P. Mollaret. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, 23 juin 1930, p. 1041.

A propos de l'observation d'un homme de 37 ans ayant présenté des troubles de la parole considérés pendant un an comme de nature névropathique chez un psychopathe, G. insiste sur les difficultés du diagnostic différentiel entre les troubles fonctionnels des névropathes et certains syndromes extra-pyramidaux. Examiné en février 1930, il présentait lors de la parole volontaire, des spasmes des muscles péribuccaux et des peauciers du cou ; le chant, le chuchotement étaient au contraire relativement respectés. Aucun trouble pyramidal ou sensitif, psychisme normal ; un peu de tristesse et une baisse de l'attention, pas d'Argyll-Robertson. L'hypothèse d'un syndrome extra-pyramidal, vraisemblablement post-encéphalitique, fut envisagée, mais le malade se refusa à tout examen complémentaire. A l'occasion d'une crampe des écrivains, le malade revint consulter en mai 1930, une ponction lombaire faite montra une hyperalbuminose avec lymphocytose, réaction de Wassermann fortement positive, et une précipitation du type paralytique du benjoin colloïdal. Les auteurs considèrent comme probable une lésion focale du corps strié.

H. Rabeau.

Ictère infectieux suivi d'un zona chez une hérédo-syphilitique, par Gaté et Giraud *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, 30 juin 1930, p. 1123.

Malade de 18 ans, hérédo-syphilitique, qui présente des troubles gastro-intestinaux, du prurit, un ictère, puis un zona. Les auteurs pensent que chez cette malade l'ictère infectieux par l'insuffisance hépatique, dont il n'est que la traduction clinique, a pu déclencher l'apparition du zona. H. Rabeau.

Rhumatisme gonococcique chez un syphilitique. Inefficacité relative de la vaccinothérapie antigonococcique. Guérison par le traitement antisyphilitique, par J. Gaté et Giraud. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, no 22, 30 juin 1930, p. 1125.

Malade présentant des arthrites blennorragiques multiples, traité d'abord par vaccins, puis par sérum antigonococcique (160 cc.). Au début du traitement vaccinothérapique amélioration, par suite la thérapeutique antigonococcique reste sans effet. L'état général était mauvais, maigreur, anorexie, température aux environs de 38°, large escarre sacrée. Par hasard, on apprend que le malade est syphilitique. Un traitement par le cyanure transforme rapidement le malade : chute de température, disparition des douleurs, reprise de l'appétit. La transformation rapide des signes articulaires pourrait faire penser à des arthropathies syphilitiques secondaires greffées sur des arthrites blennorragiques. Les auteurs discutent ce diagnostic qu'ils rejettent, mais pensent que c'est en modifiant le terrain syphilitique que le cyanure d'abord, le novarsénobenzol ensuite, ont amené la guérison complète de ces arthrites blennorragiques. H. Rabeau.

Placards érysipélatoïdes au cours d'une streptococcémie avec phlébite de l'axillaire gauche. Guérison, par F. Conbemale et A. Breton. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, n0 22, 30 juin 1930, p. 1127.

Observation intéressante d'une malade âgée, antérieurement tarée présentant un état infectieux grave caractérisé par une amygdalite bilatérale importante, un érysipèle atypique de la face, un placard comparable sur la face interne du bras gauche avec début de *phlegmatia alba dolens* de l'axillaire gauche. État général très mauvais, température 39°9 (l'hémoculture montre un streptocoque hémolytique). Les auteurs emploient d'abord une thérapeutique de stock, par l'injection intraveineuse d'un bactériophage (2 injections), sans résultat. Devant l'état désespéré, ils injectent à la malade 40 centimètres cubes de sang de scarlatineux convalescent, et en même temps tentent un abcès de fixation. L'abcès de fixation reste négatif. Les injections de sang sont renouvelées, 3 jours de suite, en même temps que l'état de la malade se transforme absolument. Huit jours après, on note au niveau des points d'inoculation du sang de scarlatineux, des abcès contenant un pus hématique verdâtre à streptocoque.

La malade guérit rapidement, guérison semblant due à l'emploi des injections répétées de sang. H. Rabeau.

Comptes rendus de la Société de Biologie (Paris).

Action de quelques acides dits déféquants sur les sérums normaux et syphilitiques, par R. Douris, C. Mondain et J. Beck. *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, t. CIV, 30 mai 1930, pp. 347-349, 1 tableau.

Les auteurs apportent les résultats obtenus avec les acides métaphosphorique, tungstique et trichloracétique, ils ont constaté que pour les concentrations ne donnant qu'une faible floculation, celle-ci est un peu plus importante pour les sérums syphilitiques.

A. BOCAGE.

Les clasines : clasovaccins améliorés, par H JAUSION et D. BOIDÉ. *Comptes rendus de la Soc de Biologie*, t. CIV, n° 19, 6 juin 1930, pp. 455-456.

Les auteurs ont modifié la préparation des claso-vaccins mycéliens par la substitution de l'acide sulfurique à l'acide nitrique employé primitivement et la neutralisation du mélange avec le carbonate de chaux qui donne un précipité insoluble. L'antigène ainsi préparé ne contient qu'une quantité minime de substance minérale, aussi sa tolérance hypodermique est-elle parfaite. A. BOCAGE.

Clasines mycéliennes et clasines microbiennes. Modes de préparation d'une clasine polyvalente contre les infections cutanées, par H. JAUSION et D. BOIDÉ. *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, t. CIV, n° 19, 6 juin 1930, pp. 457-458.

Ayant constaté la réactivation possible d'une pyodermite ou d'une mycose cutanée par un vaccin inapproprié et surtout une aggravation des séquelles allergiques des dermato-mycoses par des vaccins à antigène protéïnique, l'auteur a eu l'idée de préparer des clasines microbiennes. Les cultures sur gélose sont reprises par l'acide sulfurique et neutralisées par le carbonate de chaux. Ces claso-vaccins sont très actifs et ne déterminent pas de poussée fébrile. A. BOCAGE.

Gommes syphilitiques et formes anormales du tréponème. Ultravirus syphilitique, par C. LEVADITI. *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, t. CIV, n° 19, 6 juin 1930, pp. 477-480, 1 fig.

A la suite de la publication de M. Manouélian sur les gommes syphilitiques imprégnées à l'argent, l'auteur rappelle ses recherches de 1927 sur les formes anormales du tréponème ; il en reproduit des extraits.

A. BOCAGE.

Formule hémo-leucocytaire de la lèpre : éosinophilie dans la lèpre à lésions tégumentaires prédominantes, par C. MASSIAS *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, t. CIV, n° 20, 13 juin 1930, pp. 547-548.

L'auteur a constaté une éosinophilie très marquée dans les lèpres tubéreuses étendues anciennes, environ 15 o/o d'éosinophiles ; leur taux tombe à 6 o/o dans les lèpres discrètes maculeuses ou tubéreuses à nodules peu nombreux. A. BOCAGE.

La séro-hémo-floculation dans la syphilis expérimentale du lapin, par A. PRUNELL. *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, t. CIV, n° 21, 20 juin 1930, pp. 628-629.

L'auteur a constaté que la réaction de séro-hémo-floculation qu'il

a décrite se produit au cours de la syphilis expérimentale du lapin et évolue d'une façon sensiblement parallèle à la réaction de Meinicke.

A. BOCAGE.

Obtention d'une clasine tuberculeuse injectable à l'animal et à l'homme, par H. JAUSION et D. BOIDÉ. *Comptes rendus de la Soc. de Biologie,* t. CIV, nº 21, 20 juin 1930, pp. 630-633.

Par un procédé identique à celui de la préparation des clasines mycélienne, les auteurs ont préparé un extrait de bacille tuberculeux dont les tout premiers essais semblent des plus intéressants. A petites doses, on obtient une action thérapeutique utile ; à fortes doses, il semble qu'il y ait sensibilisation de l'organisme.

A. BOCAGE.

Cycle évolutif du Treponema pallidum du Spirocheta pertenuis et du Spirocheta cuniculi, par C. LEVADITI et LI YUAN PO. *Comptes rendus de la Soc. de Biologie,* t. CIV, nº 22, 27 juin 1930, pp. 736-740, 3 fig.

Reprenant des recherches antérieures, les auteurs montrent que ces germes peuvent se présenter en boucles ou en pelotes plus ou moins serrées, stade qui précède celui de la transformation en granules presque ultramicroscopiques. Ce cycle évolutif se retrouve aussi bien dans les lésions expérimentales chez le lapin que dans le cerveau des paralytiques généraux.

A. BOCAGE.

Manifestations syphilitiques primaires et transmissibles chez la souris blanche. Syphilis apparente et inapparente, par A. BESSEMANS et F. DE POTTER. *Comptes rendus de la Soc. de Biologie,* t. CIV, nº 22, 27 juin 1930, pp. 818-820.

Trois mois après une inoculation à la base de la queue chez une souris, apparaît un nodule s'ulcérant en trois semaines et persistant plus de trois mois ; il contenait des tréponèmes, quelques repiquages furent positifs. Discutant d'autres expériences négatives, l'auteur montre qu'il existe chez les animaux réceptifs deux variétés de syphilis, l'une apparente, à formes tréponémiques, l'autre inapparente à virus invisible ou de forme anormale.

A. BOCAGE.

Journal de Médecine de Paris.

Les utilisations de la diathermie chirurgicale dans la pratique médicale, par S. JUSTER. *Journal de Médecine de Paris,* 50ᵉ année, nº 26, 26 juin 1930, p. 553.

En principe, toutes les néoformations cutanées peuvent être détruites par la diathermo-coagulation, mieux et plus facilement que par toute autre méthode. Les lupus tuberculeux, les verrues vulgaires, les verrues plantaires, les chéloïdes, les cicatrices chéloïdiennes, les angiomes, les nævi bénéficieront de cette méthode.

H. RABEAU.

Paris Médical.

Prurit et floculation, par A. Lumière. *Paris Médical*, 20e année, n° 24, 14 juin 1930, pp. 542-545.

L'auteur estime que la théorie colloïdale donne la clé de la pathogénie du prurit. L'injection intraveineuse d'un floculat ou d'une substance qui provoque une précipitation du plasma sanguin détermine du prurit. En clinique, le même mécanisme est en jeu à l'occasion des intoxications alimentaires ou médicamenteuses ou de certaines infections. La plus grande fréquence du prurit avec l'âge s'explique par l'accroissement de l'instabilité humorale. Les mêmes moyens qui atténuent les précipitations plasmatiques sont actifs contre le prurit.

L'auteur a cherché l'amélioration de cette instabilité humorale d'une part dans l'emploi de l'hyposulfite de magnésium, d'autre part par l'excitation de la leucocytose par l'huile de chènevis en injections intramusculaires et dans l'opothérapie endocrinienne. Il faut ajouter au rôle des floculats celui de l'hyperesthésie du sympathique qui paraît être seule en cause dans certains prurits. A. Bocage.

Presse Médicale (Paris).

Sur la pelade, l'hyperthyroïdisme latent, les insomnies et sur l'hémato-éthyroïdine employée comme hypnotique, par R. Sabouraud. *Presse Médicale*, 38e année, n° 45, 4 juin 1930, p. 757.

La pelade fait partie du Basedow presque aussi fréquemment que ses trois symptômes capitaux : gros yeux, gros cou, gros cœur et le tremblement. Un des symptômes psychiques les plus marquants est l'inquiétude pouvant aller jusqu'à l'angoisse. Mais chez un certain nombre de peladiques ne présentant aucun des signes capitaux du goitre, on peut rencontrer la même série de symptômes. Chez les peladiques atteints de goitre exophtalmique évident, l'usage de l'hémato-éthyroïdine n'a donné aucun bénéfice certain ; chez ceux qu'on pouvait supposer atteints d'hyperthyroïdisme sans goitre, il en fut autrement, le premier bénéfice fut le sommeil et une sorte de quiétude pendant le jour.

S. frappé de ces résultats a cherché la valeur comme hypnotique de cette préparation chez beaucoup de gens fatigués, non peladiques dont le sommeil était défectueux. Dans un grand nombre de cas, il a obtenu le sommeil que n'apportait pas l'usage de stupéfiants. Comme c'est une préparation sans danger, il conseille de l'essayer, et peut-être on pourra classer les faits dans lesquels on la verra réussir.

H. Rabeau.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (Paris).

Leucoplasie expérimentale produite par le tabac, par A. H. Roffo. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. I, n° 4, avril 1930, p. 321, 12 fig.

On projette de la fumée produite par la combustion de tabac sur les gencives de plusieurs séries de lapins, chaque jour, pendant 5 minutes.

Des plaques blanches apparaissent sur la région irritée chez tous ces animaux, mais d'une manière plus précoce et avec une intensité plus grande chez ceux qui sont soumis en même temps à des injections de cholestérine.

Les biopsies montrent l'hyperplasie du corps muqueux de Malpighi, la formation d'une couche cornée et l'apparition d'une couche granuleuse avec éléidine.

Ces lésions sont provoquées par les produits de la combustion du tabac et non par ses principes actifs : l'expérimentation avec la nicotine ou avec l'extrait total de tabac ne donne aucun résultat. La leucoplasie est due à l'irritation causée par des substances résineuses dérivées de l'oxydation d'huiles et d'acides produits par la distillation pyrogène, ainsi qu'à l'action de substances provenant d'une double synthèse provoquée par la température élevée et formée par des noyaux benziniques stables et par des bases pyridiniques.

J. Margarot.

Trois ans de pyrétothérapie par le Treponema hispanicum en Uruguay, par R. V. Talice. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. I, n° 4, avril 1930, p. 353.

La pyrétothérapie constitue à l'heure actuelle le meilleur traitement de la paralysie générale. Seuls, de tous les procédés, donnent des résultats ceux qui consistent en l'inoculation des germes virulents capables de provoquer une maladie infectieuse et, parmi ces derniers, seules ont fait leurs preuves, la malariathérapie de Wagner-Jauregg et la récurrentothérapie.

L'auteur ne discute pas les avantages et les inconvénients de chacune de ces deux méthodes ; leur choix peut dépendre dans chaque pays de circonstances locales. Cependant, quand on s'adresse à des formes bénignes de fièvre récurrente, l'inoculation de cette maladie offre beaucoup moins de risques que celle du paludisme.

T. a pratiqué sur une grande échelle la pyrétothérapie par le *Treponema hispanicum* en Uruguay pendant les années 1927, 1928 et 1929.

Le virus de la fièvre récurrente espagnole est facile à conserver dans les laboratoires.

L'affection réalisée est constamment bénigne et spontanément guérissable sans complications graves. Elle peut être facilement interrompue par des injections intraveineuses de novarsénobenzol.

On peut admettre qu'elle n'est pas transmissible par les poux dans les conditions habituelles de la pyrétothérapie ; par suite, toute crainte de contagion accidentelle dans les hôpitaux peut être abandonnée.

Les résultats sont en général très heureux dans la paralysie générale, dans la démence précoce, dans l'épilepsie et dans le parkinsonisme post-encéphalitique.

J. Margarot.

The Urologic and Cutaneous Review (Saint-Louis).

Le traitement physiologique instantané de l'eczéma et de l'urticaire; nouvelles observations (The instantaneous physiologic cure of eczema and urticaria; further observations), par PAUL. *The Urologic and Cutaneous Review*, vol. XXXIIV, n° 6. juin 1930, p. 380.

P. cite 9 nouvelles observations d'eczéma et d'urticaire guéris par des injections d'extrait désalbuminé de rate de porc. Comme dans les observations précédentes (*The Urologic and Cutaneous Review*, nov. 1929) la guérison des urticaires et des formes congestives d'eczéma s'est faite en quelques heures, celle des formes infiltrées en quelques jours. Le soulagement a presque toujours été immédiat.

P. a l'impression que ce traitement convient spécialement aux dermatoses de nature allergique et pense qu'il y aurait lieu d'en faire l'essai dans l'asthme et le rhume des foins. Les prurits, dont quelques cas isolés lui avaient paru bénéficier de cette thérapeutique, ne sont que rarement influencés. S. FERNET.

Jornal de Syphilis (Buenos-Aires).

Bursite traumatique chez un syphilitique (Bursitis traumatica em Syphilitico), par MENDONÇA CASTRO. *Jornal de Syphilis*, 1re année, n° 3, p. 121.

L'auteur apporte une observation démontrant le rôle indirect que peut avoir la syphilis dans certains cas de lésions traumatiques.

Un hygroma prérotulien apparaît après un accident chez un sujet syphilitique. Malgré le caractère négatif de la réaction de Wassermann, un traitement bismuthique est institué. La guérison complète après deux séries d'injections bismuthiques apporte la preuve de la nature syphilitique de la bursite. J. MARGAROT.

Revista de la Asociacion Argentina de Dermatologia y Sifilologia (Buenos-Aires).

Un cas de tumeurs calcaires ostéogènes sous-cutanées enkystées et disséminées (Un caso de tumores calcareo-osteogenos subcutaneos, enquistados y diseminados), par Pedro L. BALINA et G. BASOMBRIO. *Revista de la Asociacion Argentina de Dermatologia y Sifilologia*, t. XII, p. 11, 3 fig.

Chez une femme de 25 ans, on trouve en divers points de la surface cutanée de petites tumeurs de consistance osseuse, associées à des nævi pigmentaires. L'examen histologique de l'une d'elles montre qu'il s'agit d'un nodule profondément situé, parfaitement circonscrit, de forme ovale, constitué par des masses calcifiées. Quelques-unes sont soudées entre elles par un tissu osseux et entourées d'un tissu conjonctif indifférent en certains points et de caractère embryonnaire en d'autres, où il revêt l'aspect d'un sarcome à cellules géantes.

A l'occasion de ce cas, les auteurs passent en revue les diverses

variétés de tumeurs calcaires et proposent une classification qu'on pourrait appeler de travail. Ils écartent les tumeurs de diverse nature qui se pétrifient (fibromes, épithéliomas, kystes sébacés) et les phlébites.

Seules sont retenues les tumeurs calcaires primitives, c'est-à-dire celles qui ne sont précédées d'aucune lésion antérieure au dépôt calcaire. P. B. et G. B. les répartissent en sept groupes :

1° Ostéomes cutanés véritables ;

2° Tumeurs pierreuses de Poirier (lobules adipeux calcifiés du volume d'un grain de blé sur la face interne du tibia chez les vieillards) ;

3° Kystes calcaires sous-cutanés, constitués par des masses calcaires qui donnent lieu à des tumeurs chroniques non inflammatoires, de volume variable, bien supportées par les tissus environnants, dont ils sont isolés par une capsule fibreuse. La peau ne s'ulcère pas :

a) La masse calcaire tumorale peut être très volumineuse (plusieurs centimètres dans tous les sens) et la tumeur unique (cas de Bayle) ;

b) Les tumeurs calcaires sont multiples et successives, du volume d'un pois ou d'un pois chiche, disséminées sur le tronc et les extrémités, sans localisation élective.

Le cas présenté est un exemple de ce type. Les nodules tumoraux sont dans ce cas non seulement calcaires, mais ostéogéniques. L'électrolyse de chaque tumeur a eu une action résolutive favorable.

4° *Concrétions calcaires sous-cutanées.* — Elles siègent électivement sur la pulpe et la face latérale des doigts de la main, sur la paume des mains, la plante des pieds, donnant à la peau un aspect bosselé. Radiographiquement les doigts apparaissent criblés de granulations calcaires miliaires (cas de Fernet et Nathan, de Darier, etc.). Elles coïncident souvent avec l'acroasphyxie ou la syncope locale des extrémités, avec des troubles thyro-ovariens, avec de l'hyperphosphatémie ;

5° Concrétions calcaires consécutives à la sclérodermie ;

6° Concrétions calcaires concomitantes de troubles généraux (au cours d'une ostéomyélite — Jadassohn —, d'une leucémie lymphatique — Kerl) ;

7° *Granulomes calcaires sous-cutanés* (Milian), à type d'abcès froids, évoluant chez des sujets dont l'état général est atteint, avec terminaison possible par la mort. J. Margarot.

Pityriasis rosé de Gibert familial (Pitiriasis rosada de Gibert familiar), par Pedro L. Balina. *Revista de la Asociacion Argentina de Dermatologia y Sifilologia*, t. XII, p. 25.

L'existence d'un pityriasis rosé chez trois frères constitue un argument en faveur de la nature infectieuse et de la contagiosité de la maladie. J. Margarot.

Tumeur sous-unguéale douloureuse (Tumor subungueal doloroso), par Ludovic Facio. *Revista de la Asociacion Argentina de Dermatologia y Sifilologia*, t. XII, p. 35, 1 fig.

Tumeur sous-unguéale douloureuse dont les caractères cliniques sont

ceux des formations semblables qui ont été décrites par Barré et Masson en 1924, par Lortat-Jacob et Brosse en 1928 (glomus tumoral neuro-myo-artériel des extrémités).

Une femme de 45 ans présente une douleur intense dans la pulpe du petit doigt de la main droite avec irradiations palmaires. Six mois après le début de ces troubles sensitifs, on observe sur le côté interne du doigt, à l'union du bord libre de l'ongle et de sa rainure latérale une tache rosée lenticulaire. Bientôt l'ongle est légèrement soulevé par une petite tumeur. Les irradiations douloureuses s'étendent et vont jusqu'à la région précordiale, revêtant un caractère alarmant avec angoisse, sueurs froides et état nauséeux. La tumeur est extirpée. A partir de ce moment la malade ne ressent plus de grandes douleurs. La fermeture de la plaie opératoire laisse une cicatrice très sensible.

L'examen histologique montre un épiderme normal, une augmentation de volume des papilles. Les corpuscules de Meissner se détachent nettement, donnant l'impression d'avoir été comme étouffés par la compression des fibres conjonctives hypertrophiées qui les entourent. L'attention est attirée par le volume exagéré des vaisseaux du corps papillaire et du chorion. Leur lumière n'est pas agrandie, mais l'épaisseur de leur paroi est considérable. On trouve des nerfs et des fibres musculaires en abondance. Sur toute la hauteur du derme, le tissu conjonctif est épaissi par augmentation du volume de ses éléments, sans prolifération d'aucun d'entre eux. Il s'agit en somme d'une hypertrophie fibreuse.

J. Margarot.

Un cas de tuberculose fongueuse pseudo-épithéliomateuse (Un caso de tuberculosis fungosa pseudo-epiteliomatosa), par C. Seminario, J. Pessano et E. R. Gavina Alvarado. *Revista de la Asociacion Argentina de Dermatologia y Sifilologia*, t. XII, p. 38, 3 fig.

Premier cas de tuberculose fongueuse pseudo-épithéliomateuse enregistré par la bibliographie argentine.

Les lésions occupent une large partie du plastron sterno-costal. Elles sont constituées par des cicatrices déprimées, adhérentes, par des fistules et par une tumeur en forme de mandarine d'aspect franchement épithéliomateux.

La biopsie montre qu'il s'agit d'un granulome du chorion constitué par d'abondantes cellules épithélioïdes avec des lymphocytes et des cellules géantes. L'inoculation au cobaye est positive.

J. Margarot.

Actinomycose sarcomatiforme du membre inférieur (Actinomicose sarcomatiforme de miembro inferior), par J. Pessano et E. R. Gavina Alvarado. *Revista de la Asociacion Argentina de Dermatologia y Sifilologia*, t. XII, p. 47, 2 fig.

Il existe un type d'actinomycose caractérisé par la prédominance d'une réaction conjonctive de type néoplasique, donnant dans certains cas aux lésions un aspect sarcomateux. Cette forme est surtout fré-

quente chez les animaux. On en a cité chez l'homme quelques cas localisés à la langue, à la région cervico-faciale et à la région abdominale. Aucun n'a présenté les caractères signalés dans l'observation publiée par l'auteur.

La tumeur occupe la majeure partie du membre inférieur gauche. La jambe est couverte de masses ulcéro-végétantes. La cuisse présente une déformation en forme de jambon. On trouve à ce niveau des nodosités indurées, parfois fistulisées, une infiltration profonde, lardacée, entourant le fémur. La radiographie montre des destructions osseuses avec réaction périostique, donnant l'impression d'un ostéosarcome. J. Margarot.

Syphilis tertiaire cutanée chez un paralytique général, par B. Barker Beeson. *Revista de la Asociacion Argentina de Dermatologia y Sifilologia,* t. XII, p. 58, 2 fig.

Un paralytique général présente sur la commissure labiale gauche une petite tumeur de coloration rouge sombre, infiltrée à sa base et recouverte du côté de la bouche par une muqueuse leucoplasique. On pense à un épithélioma. Une biopsie ne montre aucun élément cancéreux, mais un tissu d'inflammation avec des plasmazellen et de l'endopériartérite.

Un traitement arsenical fait disparaître rapidement la lésion.

J. Margarot.

Un cas de syphilis d'emblée après une tentative de traitement prophylactique (Un caso de sifilis « d'emblée » despues de una tentativa de tratamiento profilactico), par Pedro L. Balina et Roberto Balina. *Revista de la Asociacion Argentina de Dermatologia y Sifilologia,* t XII, p 61.

Au cours d'une nuit du mois de juin 1926, un étudiant en médecine a des relations avec une femme, chez laquelle il découvre le lendemain matin une éruption de syphilides papuleuses. Il ne présentait aucune érosion génitale. 17 heures après le premier contact sexuel, il fait une friction avec la pommade de Metchnikoff qui reste appliquée jusqu'au jour suivant. On lui touche les amygdales avec une solution de néosalvarsan et on lui injecte une ampoule de curaluès. Le jour suivant on lui administre par voie intraveineuse o gr. 15 de néosalvarsan. Le surlendemain, il reçoit une nouvelle injection de curaluès et o gr. 30 de néosalvarsan. 16 mois après, il présente des plaques muqueuses du scrotum. La réaction de Wassermann est positive.

Ce cas prend place à côté de faits analogues publiés par divers auteurs. Il s'agit parfois d'un retard dans l'apparition de l'incident initial (cas de Gougerot), mais souvent aussi le chancre fait défaut et l'on se trouve en présence de syphilis sérologiques hématiques d'emblée (cas d'Audry, cas actuel). J. Margarot.

Les dangers de la thérapeutique antisyphilitique (Los peligros de la Terapeutica antisifilitica), par José L. Carrera. *Revista de la Asociacion Argentina de Dermatologia y Sifilologia,* t. XII, p. 73.

En présence des exagérations de certains médecins touchant les dangers de la thérapeutique antisyphilitique, J. C. a décidé de publier la statistique des injections pratiquées dans les services qu'il dirige, en indiquant le pourcentage des accidents observés.

Néosalvarsan. — 1.648 malades ont été traités. 16.120 injections de néosalvarsan ont été pratiquées. Un seul cas de mort a été observé. Le malade a succombé à une syncope avec crise solaire.

22 fois seulement le traitement a dû être interrompu pour des intolérances diverses. Il l'a été quatre fois pour des crises nitritoïdes intenses.

L'érythème du neuvième jour a été observé chez 2 malades. On note 15 cas d'érythèmes localisés, 15 érythèmes desquamatifs chez des malades atteints d'affections diverses, 3 érythrodermies graves, 2 onyxis, 2 purpuras, 3 ictères, 11 zonas, plusieurs poussées d'herpès et parfois l'exacerbation d'une dermatose préexistante.

Aucune albuminurie importante n'a été signalée en dehors des érythrodermies précitées.

Bismuth. — Le nombre des injections de bismuth s'élève à 42.741. On note 5 zonas, 2 purpuras, 2 hémoptysies, l'une au cours d'une tuberculose fibreuse, l'autre chez un malade atteint d'ulcère de l'estomac.

Un amaigrissement excessif a fait interrompre la médication chez 6 sujets. Il s'est produit 2 crises nitritoïdes, 3 cas de stomatite. L'intolérance au bismuth a été observée 2 fois, accompagnée, dans un cas, d'arséno et de mercuro-résistance, et dans l'autre d'intolérance à l'arsenic mais non au mercure.

On trouve également signalés une éruption lichénoïde s'exacerbant après une nouvelle injection, un véritable lichen généralisé et deux érythèmes desquamatifs.

Mercuriaux. — 3.071 injections d'huile grise, 2.943 de cyanure et 411 de calomel ont été pratiquées. On relève 15 stomatites, 2 zonas.

Les injections intraveineuses d'iodure de sodium et les autres médications n'ont donné lieu à aucun incident notable.

Au total, le nombre des accidents est des plus réduits. Encore convient-il de remarquer que parmi les malades figurent des sujets atteints de manifestations particulièrement graves, telles que des endocardites, des angines de poitrine, des lésions médullaires, des tabès, des aortites, des anévrismes, des diabètes, etc.

L'auteur conclut par une citation de Clément Simon : Le traitement antisyphilitique doit être fait par ceux qui en connaissent le maniement et les Américains ont bien raison de confier ce traitement à des syphiligraphes et non à des médecins généraux.

J. Margarot.

Mort subite par syncope cardiaque consécutivement à une injection intraveineuse de sulfarsénol (Muerte subita por sincope cardiaco a consecuencia de una inyeccion endovenosa de Sulfarsenol), par Pedro V. Cernadas. *Revista de la Asociacion Argentina de Dermatologia y Sifilologia*, t. XII, p. 84.

Trois injections intraveineuses de sulfarsénol, pratiquées à 5 jours d'intervalle, aux doses respectives de 0 gr. 18, de 0 gr. 24 et de 0 gr. 30, sont parfaitement supportées par une jeune malade de 17 ans. Après un arrêt de 10 jours motivé par une légère grippe, une injection de 6 centigrammes détermine une syncope rapidement mortelle. Le décès ne saurait être attribué au médicament injecté. En pareil cas, la substance introduite dans l'organisme est indifférente. Il s'agit d'un syndrome parasympathique par brutale excitation du pneumogastrique.

J. Margarot.

Sur un cas rare de syphilis papillomateuse géante de l'avant-bras (Sobre un caso raro de sifilis papilomatosa gigeante del Antebrazo), par Enrique P. Fidanza. *Revista de la Asociacion Argentina de Dermatologia y Sifilologia*, t. XII, p. 84, 6 fig.

Un malade présente comme unique lésion une papillomatose géante occupant un large segment du membre supérieur et formant une nappe épaisse et irrégulière de coloration rouge sombre, marron ou même noire suivant les points, de consistance dure, presque cornée. L'aspect est mamelonné en certains points. En d'autres, on trouve entre les saillies papillaires des sillons profonds, véritables crevasses, donnant issue à un liquide sanieux.

La réaction de Wassermann est fortement positive.

La guérison est obtenue par un traitement général (néosalvarsan, puis quinio-bismuth) associé à un traitement local antiseptique (solution de nitrate d'argent à 5 o/o).

L'intérêt de l'observation tient à la rareté de ces formes papillomateuses géantes et plus encore peut-être à la localisation des lésions végétantes au membre supérieur.

J. Margarot.

Un cas de léprophobie et de lèpre chez un même malade (Un caso de leprofobia y de lepra en un mismo paciente), par Pedro L. Balina. *Revista de la Asociacion Argentina de Dermatologia y Sifilologia*, t. XII, p. 99.

Après avoir eu quelque temps la phobie de la tuberculose et la crainte angoissante d'être atteint de cette maladie, un commerçant oriente ses idées hypochondriaques vers la lèpre, dont il prétend trouver sur sa personne des signes caractéristiques. Plusieurs médecins et même un dermatologiste lui affirment que son mal est imaginaire.

Un examen plus attentif permet à l'auteur de mettre en évidence des lésions et des troubles de la sensibilité non douteux. La recherche du bacille de Hansen, négative dans le mucus nasal, est positive sur les coupes d'un rameau du cubital.

J. Margarot.

Lèpre tuberculoïde (Lepra tuberculoide), par Pedro L. Balina et G. Basombrio. *Revista de la Asociacion Argentina de Dermatologia y Sifilologia*, t. XII, p. 102, 7 fig.

Plusieurs ordres de faits doivent être envisagés :

1° L'aspect clinique des lésions cutanées lépreuses est tuberculoïde et leur structure histologique l'est également.

2° Les éléments ont une structure microscopique tuberculoïde et un aspect clinique qui est celui de la lèpre vulgaire.

3° Les deux types précédents peuvent se rencontrer en des points différents chez un même sujet. Un exemple de cette association est fourni par un malade observé par l'auteur : on trouve sur le menton une lésion du type sarcoïde, dont l'examen microscopique révèle la structure tuberculoïde, et des lésions maculo-anesthésiques de la cuisse, ayant les caractères cliniques de taches lépreuses et une structure plus ou moins tuberculoïde.

4° Le malade peut présenter des manifestations cutanées imputables à la lèpre, mais cliniquement atypiques (ressemblant à un lupus érythémateux congestif pur, à un érythème perstans, etc.) dans lesquelles on ne trouve pas de bacilles, mais qui, au point de vue histologique, ont l'aspect de lésions lépreuses et revêtent un type tuberculoïde plus ou moins accentué. Un second malade présenté par l'auteur entre dans cette dernière catégorie. J. MARGAROT.

Lèpre tuberculoïde (Lepra tuberculoide), par C. SEMINARIO et E R. CAVINA ALVARADO *Revista de la Asociacion Argentina de Dermatologia y Sifilologia*, t. XII, p. 113.

Un malade présente des plaques infiltrées, bien limitées, de forme circulaire, à bords polymicrocycliques, de coloration rose jaunâtre, donnant à la vitropression une translucidité qui accentue son caractère lupiforme.

Une biopsie permet de confirmer le diagnostic de lèpre tuberculoïde.

J. MARGAROT.

Les groupes sanguins dans la lèpre (Los grupos sanguineos en la lepra), par José J. PUENTE. *Revista de la Asociation Argentina de Dermatologia y Sifilologia*, t. XII, p. 125.

L'auteur utilisant la technique de B. Vincent, a examiné 233 malades (19 formes nerveuses pures, 59 maculeuses, 155 tubéreuses et mixtes).

Les groupes se répartissent de la manière suivante :

Groupe O (les globules ne sont agglutinés par aucun sérum, le sérum agglutine les globules des autres groupes : 6 cas de lèpre nerveuse, 26 de lèpre maculeuse, 85 de lèpre tubéreuse.

Groupe A (les globules sont agglutinés par le sérum du groupe O et par le sérum du groupe B. Le sérum agglutine les globules des groupes B et AB) : 9 cas de lèpre nerveuse, 51 de lèpre tubéreuse.

Groupe B (les globules sont agglutinés par le sérum du groupe O et par celui du groupe A. Le sérum agglutine les globules du groupe B et du groupe AB) : 2 cas de lèpre nerveuse, 5 de lèpre maculeuse, 12 de lèpre tubéreuse.

Groupe AB (les globules sont agglutinés par le sérum de tous les autres groupes. Le sérum n'agglutine les globules d'aucun d'eux) : 2 cas de lèpre nerveuse, 3 de lèpre maculeuse, 7 de lèpre tubéreuse ;

ce qui fait 50,1 o/o des cas pour le groupe O, 36,5 o/o pour le groupe A, 8,1 o/o pour le groupe B et 5,2 o/o pour le groupe AB.

Il n'existe pas de recherches sur l'isoagglutination dans la République Argentine ni en Espagne. On ne peut avoir de termes de comparaison qu'en se limitant aux sujets de nationalité italienne ou descendant de parents italiens.

Sur 96 lépreux ayant cette origine, on en trouve 41 appartenant au groupe O, 36 au groupe A, 9 au groupe B, et 10 au groupe AB, ce qui fait respectivement : 42,7 o/o, 37,5 o/o, 9,3 o/o et 10,4 o/o.

Les moyennes donnent pour l'Italie les chiffres suivants : Groupe O : 43,34 o/o ; A : 40,85 o/o ; B : 10,85 o/o ; AB : 4,04 o/o.

On ne peut tirer aucune donnée précise de cette confrontation.

L'auteur conclut que la recherche de l'isoagglutination n'apporte pas d'indications intéressantes dans l'étude de la lèpre.

J. MARGAROT.

La Semana Medica (Buenos-Aires).

Streptococcie cutanée généralisée avec vésiculo-phlyctènes et larges plaques d'épidermodermite (Estreptococcia cutanea generalizada, vesicoflictenular y en placas extensas de epidermodermitis), par Nicolas V. GRECO et José CAPURRO. *La Semana Medica*, 37e année, no 12, 20 mars 1930, p. 716, 3 fig.

Parmi les différentes formes cliniques de la streptococcie cutanée l'épidermodermite est particulièrement fréquente. A ce point de vue, elle se place immédiatement après l'impétigo.

Elle forme des plaques de dimensions variables, le plus souvent sur les membres inférieurs, sur le cuir chevelu ou sur la face. Dans quelques cas, elle s'étend sur de vastes surfaces et parfois même se généralise.

Elle se caractérise par une coloration rouge violacé ou tirant sur le lilas, par la sécrétion de grosses gouttes de sérosité trouble. Des croûtes mélicériques peuvent la recouvrir. D'autres fois, elle est plus ou moins sèche et s'accompagne d'une desquamation pityriasique ou lamelleuse. Parfois, on trouve associés les deux aspects humide et sec. Dans tous ces cas, les bords sont bien limités, poly et macrocycliques ou géographiques, la progression des lésions se fait excentriquement soit par la formation de bulles nettes, soit par une sorte de clivage de l'épiderme corné donnant lieu à un halo épidermique, entouré lui-même d'un autre halo rougeâtre.

Dans les formes généralisées le sérum antistreptococcique, malgré quelques inconvénients, constitue la médication spécifique adéquate. Il convient toutefois de ne pas négliger le traitement local.

A ce point de vue, l'observation apportée par l'auteur présente un grand intérêt pratique. Il s'agit d'une streptococcie cutanée généralisée avec atteinte plus spéciale des membres inférieurs, des sillons sous-mammaires, des aisselles, du cou, des pavillons des oreilles, des sillons

rétro-auriculaires, du cuir chevelu, très prurigineuse et constituée suivant les régions soit de vésicules ou de phlyctènes, soit de plaques sèches ou suintantes.

Localement, la malade est traitée par des pansements humides antiseptiques (résorcine à 3 o/oo) et plus tard, par des applications de goudron minéral.

Le sérum antistreptococcique injecté à la dose de 80 centimètres cubes en 5 jours donne lieu à une réaction thermique intense et à de fortes réactions locales. Consécutivement, la fièvre disparaît, les lésions cutanées regressent, les croûtes tombent et il ne se produit plus d'éléments vésiculo-phlycténulaires. On fait alors appel à la vaccination antistreptococcique pour achever et consolider la cure. L'éruption générale guérit mais, dans la suite, se produisent des poussées aiguës localisées.

Un an et demi après, une poussée plus intense est traitée par le sérum antistreptococcique, mais des accidents sériques en font suspendre l'emploi.

L'observation démontre l'avantage du sérum antistreptococcique dans les cas semblables, mais il s'agit d'un avantage temporaire. L'immunité acquise n'est pas définitive et des récidives peuvent se produire.

J. Margarot.

Brasil medico (Rio de Janeiro).

Déviation du complément dans la lèpre avec le streptothrix léproïde de Deyke dégraissé. Sensibilisation des malades à cette réaction par l'iodure de potassium (Desvio do complemento no lepra com o streptothrix leproïde de Deycke desengordurado. Sensibilização dos pacientes a esta reacção pela asministração de iodeto de potassio), par J. M. Gomes et P. C. de Azevedo Antunes. *Brasil medico*, 34e année, n° 17, 26 avril 1930, p. 464.

La réaction de Gomes est d'une grande valeur pour le diagnostic de la lèpre surtout lorsqu'il s'agit de cas suspects, apparus en dehors de toute communication avec des lépreux.

Cependant, quelques cas, cliniquement incontestables, ont donné un résultat négatif.

Se basant sur la réactivation de la réaction de Wassermann dans le sang des syphilitiques par des médicaments spécifiques et s'inspirant du travail de Muir (*The iodide sedimentation test in leprosy*) les auteurs ont cherché à réactiver la réaction de Gomes en administrant à leurs malades de l'iodure de potassium *per os.*

Les résultats ont été des plus intéressants. Les faits observés se répartissent en trois groupes :

1° Cas négatifs d'abord, puis positifs après.

2° Cas positifs avant et après.

3° Cas négatifs avant et après.

4° Cas positifs avant et négatifs après l'administration de l'iodure de potassium.

Le premier groupe révèle la grande valeur de la réaction au point de vue du diagnostic précoce ; le deuxième indique le traitement à suivre ; le troisième sert à mieux distinguer les formes frustes et caractérise l'inactivité des cas déjà vieux et longuement traités ; le quatrième groupe ne se prête pour l'instant à aucune interprétation logique.

Dans l'ensemble, l'administration d'iodure de potassium réactive la réaction de Gomes. Elle permet souvent un diagnostic précoce ; elle indique mieux que les symptômes cliniques la situation actuelle du malade au point de vue du pronostic et elle fournit des indications utiles pour le traitement à appliquer. J. Margarot.

Jornal dos Clinicos (Rio de Janeiro).

Contribution à l'étude de l'aortite syphilitique (Contribuição ao Estudo da Aortite Sifilitica), par Pires Ferrao. *Jornal dos Clinicos*, 11e année, n° 8, 30 avril 1930, p. 113.

L'auteur apporte 27 observations qui l'autorisent à porter les conclusions suivantes :

Un traitement antisyphilitique insuffisant — qu'il s'agisse du mercure, du bismuth ou des arsenicaux, — favorise l'apparition de l'aortite syphilitique.

Le temps qui s'écoule entre l'arrêt de ce traitement insuffisant et l'apparition de l'aortite est variable. Quelques malades ayant abandonné depuis longtemps toute médication et n'ayant aucun signe clinique de lésion vasculaire, présentent leurs premiers symptômes de localisation aortique consécutivement à la reprise d'un traitement insuffisant ou rapidement abandonné. Il s'agit vraisemblablement d'une réactivation clinique de foyers syphilitiques latents.

Ce mode d'apparition de certaines aortites s'observe aussi bien au cours de la syphilis acquise que de la syphilis héréditaire.

La réaction de Wassermann est souvent négative en pareil cas et cette négativité ne saurait être invoquée contre la nature spécifique des lésions.

La prophylaxie de l'aortite syphilitique ne peut être réalisée que par une thérapeutique intensive et prolongée. L'attention des malades doit être attirée sur les dangers des traitements insuffisants et mal faits.

J. Margarot.

Sao Paulo Medico.

La médication calcique en dermatologie (A calciotherapia em dermatologia), par Alcantara Madeira. *São Paulo Medico*, 11e année, n° 5, mars 1930, p. 729, 16 fig.

L'auteur utilise systématiquement dans les eczémas, dans les prurits et dans les urticaires, les diverses médications désensibilisantes (autohémothérapie, hyposulfite de soude, sels de chaux, etc.). Ses derniers

essais ont été pratiqués avec une nouvelle préparation calcique organique.

21 malades ont été traités par des injections intraveineuses de ce nouveau médicament. Aucun incident sérieux n'a suivi la piqûre ; il ne s'est produit aucun phénomène secondaire désagréable. Les résultats ont été favorables. J. MARGAROT.

Clinica y Laboratorio (Valladolid).

L'épilation du cuir chevelu des enfants atteints de teigne par l'acétate de thallium (La depilacion del cuero caballudo de los ninos enfermos de tinas por el acetato de talio), par Eduardo LEDO. *Clinica y Laboratorio,* n° 88, avril 1930, 8 pages.

Récemment l'opinion a été émue par une tragédie qui s'est déroulée dans un établissement de bienfaisance de Grenade. Trois enfants sont morts intoxiqués dans un très court espace de temps, après l'ingestion de doses thérapeutiques (?) d'acétate de thallium.

L'auteur n'a connu l'événement que par la presse, mais estime qu'il y a lieu de réagir contre l'opinion défavorable qui pourrait se former contre cette médication en dehors des centres spécialisés. Il ne s'agit pas d'une méthode en cours d'essais, mais d'une thérapeutique parfaitement réglée, amplement expérimentée depuis 12 ans et d'application courante en dermatologie.

E. L. croit utile de préciser des règles auxquelles il convient de se conformer très scrupuleusement.

Le thallium a incontestablement une action toxique. La dose thérapeutique pour les enfants de 2 à 12 ans est de 5 à 8 milligrammes par kilogramme de poids. Il est dangereux de la dépasser. Elle provoque l'alopécie totale du cuir chevelu sans aucun contre-temps.

Quelques incidents se produisent parfois. En particulier, on peut observer des arthralgies et des myalgies particulièrement aux membres inférieurs. La fatigue ou l'existence d'un terrain arthritique en facilitent l'apparition.

L'enfant doit être indemne de toute tare. Il est nécessaire d'établir par un examen attentif préalable l'intégrité fonctionnelle absolue de l'organisme. Les débiles et les convalescents ne doivent pas être traités par l'acétate de thallium.

L'auteur rappelle les travaux déjà nombreux qui ont permis de mettre au point la médication et apporte les résultats de ses observations personnelles au cours de la dernière année.

Il conclut que le traitement des teignes par l'acétate de thallium reste une précieuse acquisition et mérite d'être connu de tous les médecins. J. MARGAROT.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Syphilis pulmonaire (Sifilis pulmonar), par Covisa, Soto et Enterria. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, n° 4, janvier 1930, p. 259, 3 fig.

De toutes les viscéropathies, la syphilis pulmonaire est celle dont le diagnostic offre le plus de difficultés. Dans l'état actuel de nos connaissances, on peut affirmer que toutes les données de la clinique et du laboratoire permettent uniquement, même dans les cas les plus heureux, un diagnostic de probabilité.

Les signes physiques obtenus par la palpation, la percussion et l'auscultation indiquent des lésions du parenchyme pulmonaire mais n'apprennent rien sur leur nature.

La radiologie n'est pas plus démonstrative, bien que l'on ait insisté sur l'existence d'une image en forme de triangle ayant le hile pour sommet et envahissant le champ pulmonaire sous forme de bandes en éventail.

On attache une grande importance à la conservation d'un bon état général dans la syphilis, alors qu'il est très vite atteint dans la tuberculose, mais il est des tuberculoses florides et des lésions gommeuses qui, détruisant rapidement le parenchyme pulmonaire, ont une répercussion profonde sur la santé générale.

L'absence de bacilles de Koch dans les crachats, l'inoculation aux animaux ont une grande importance, mais la valeur de ces données de caractère négatif est relative.

Le traitement d'épreuve ne résout pas davantage le problème. Il peut améliorer un tuberculeux atteint de syphilis.

Seule, la disparition totale et rapide des lésions sous l'influence de ce traitement serait démonstrative, mais la valeur des cas de ce genre a été récusée par suite de la difficulté d'admettre la transformation miraculeuse d'un poumon induré et bronchectasique en un poumon normal.

Ces obstacles souvent insurmontables ne sont pas suffisamment mis en évidence dans la littérature.

Pour qu'un diagnostic de probabilité soit porté, plusieurs points sont requis : concordance entre l'exploration physique et radiologique ; unilatéralité des lésions ; démonstration positive de l'existence de la syphilis ; affection syphilitique concomitante ; absence d'autres facteurs étiologiques ; amélioration sous l'influence d'une thérapeutique spécifique.

Ces conditions se trouvent réunies dans un cas observé par l'auteur, mais en dépit de leur précision, il s'agit simplement d'un diagnostic de probabilité et non de certitude.

La tuberculose et la syphilis sont fréquemment associées et il est difficile d'éliminer la tuberculose avec une rigueur absolue dans un processus chronique de l'appareil respiratoire.

J. Margarot.

Hyperkératose sous-unguéale (Hiperqueratosis subunguealis), par E. Castans. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, n° 4, janvier 1930, p. 264.

Un homme de 34 ans présente au printemps de chaque année une affection unguéale qui commence par les pouces, s'étend aux autres doigts, s'accentue dans le courant de l'été, commence à régresser en automne et disparaît en hiver.

Le début se fait par une rougeur intense du lit de l'ongle, puis assez rapidement se développent sous le bord libre des formations cornées très dures, jaunâtres ou jaune grisâtre, qui séparent bientôt l'ongle de son lit à la manière d'un coin sur le tiers ou la moitié de sa longueur, et sur la totalité ou simplement une partie de sa largeur.

Les lésions sont entièrement indolentes et n'ont pour conséquence qu'une légère atténuation de la sensibilité tactile.

L'aspect des productions cornées et l'absence complète d'altérations cutanées concomitantes font penser d'abord à une onycomycose, mais la disparition spontanée des lésions, chaque année, à la même époque, rendent cette hypothèse peu vraisemblable. D'autre part, les recherches de laboratoire sont complètement négatives.

L'affection ne peut être rangée que dans le cadre de l'hyperkératose sous-unguéale, bien que l'évolution des altérations unguéales avec sa disparition en automne et sa récidive au printemps de l'année suivante n'aient été observées dans aucune des observations publiées par Hebra, par Unna, par Tellin et Nobl. J. Margarot.

Gangrènes multiples par artérite syphilitique de branches terminales (Gangrenas multiples por arteritis sifiliticas de ramas terminales), par E. Alvarez Sainz de Aja et J. Ontanson. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, n° 4, janvier 1930, p. 268.

Observation constituant un curieux exemple de syphilis larvée à forme de polyartérite disséminée avec petits foyers de gangrène des extrémités.

Le syndrome initial a consisté en une hémiplégie droite transitoire avec hémi-anesthésie, puis sont venues des lésions de sièges divers (cloison nasale, bout du nez, gros doigt du pied droit, médius de la main gauche, index, médius, annulaire et petit doigt de la main droite). Il s'agit uniquement d'une localisation de la syphilis aux rameaux terminaux des artères du pied, de la main et des narines, c'est-à-dire d'une artérite terminale sans participation des troncs de la maxillaire interne, de la tibiale, de la pédieuse, de la radiale et de la cubitale.

L'auteur oppose ces artérites terminales, qui sont surtout fréquentes aux membres supérieurs, aux artérites tronculaires, plus souvent observées aux jambes et aux pieds.

Le pronostic des premières est moins grave que celui des secondes. Elles cèdent en général à la thérapeutique antisyphilitique, à condition que le diagnostic soit posé en temps utile et que le traitement soit rapidement institué. J. Margarot.

Radiothérapie du cancer de la peau (Radioterapia del cancer de la piel), par R. Hombria et Soto. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, n° 4, janvier 1930, p. 272.

L'auteur passe en revue les diverses périodes de l'histoire de la Rœntgenthérapie.

La première va de la découverte des rayons X au début de ce siècle. La méthode est purement empirique. Un grand nombre de médecins restent dans l'expectative, surtout en France, où quelques accidents sont sanctionnés sévèrement par les tribunaux.

Une deuxième période commence avec Kiembock et Belot et va jusqu'en 1919. On traite systématiquement les cancers de la peau avec des rayons semi-mous, filtrés, qui font l'objet d'applications répétées.

La troisième période va de 1919 à nos jours. Coste utilise les rayons mous non filtrés. Les séances multiples font place à une séance unique.

L'auteur étudie l'action des rayons X sur les cellules et sur les tumeurs malignes de la peau, précise la technique des diverses méthodes et signale les résultats obtenus.

La Rœntgenthérapie constitue le traitement de choix des baso-cellulaires térébrants, mais tous les cancers cutanés, y compris les nævocarcinomes, sont susceptibles d'être influencés favorablement par les rayons X.

La radiorésistance serait due le plus souvent à l'insuffisance des doses.

J. Margarot.

Le Trichophyton violaceum (El tricofiton violaceum), par Eduardo de Gregorio. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, n° 4, janvier 1930, p. 282, 4 fig.

Les teignes tondantes dues au *trichophyton violaceum*, découvert par Sabouraud en 1892, étaient jusqu'à ces derniers temps considérées comme propres à l'enfance ; leur guérison survenait spontanément après la puberté. On a dû reconnaître que cette notion n'est pas tout à fait exacte : plusieurs observations ont été publiées de trichophyties du cuir chevelu chez l'adulte.

En dehors de cette région, le *trichophyton violaceum* donne des lésions soit sèches (herpès circiné), soit inflammatoires atteignant, suivant les cas, la peau glabre, la barbe, les ongles, les surfaces palmo-plantaires, donnant lieu à des épidermomycoses épidémiques, ou même à des lésions sous-cutanées, véritable actinomycose trichophytique, selon l'expression de Sabouraud.

Nos connaissances sur ce germe sont venues se compliquer avec la description de l'*achorion violaceum* par Bruno Bloch. Cet auteur a eu l'occasion d'étudier une petite épidémie au cours de laquelle certains malades présentaient de l'herpès circiné et certains autres des godets associés ou non à des lésions circinées.

Au point de vue mycologique, l'*achorion violaceum* et le *trichophyton violaceum* sont identiques. Placés à côté l'un de l'autre, ils sont difficiles à distinguer. Mais tandis que l'inoculation à l'animal du *tricho-*

phyton violaceum n'a pu être obtenue par aucun des auteurs, Bruno Bloch a pu ensemencer le poil du cobaye avec son achorion en inoculant directement des fragments de godet.

E. de G. a repris ces expériences et ses résultats sont un peu discordants. Il n'a pu inoculer au cobaye *l'achorion violaceum* (Il est à remarquer qu'il n'a pas utilisé directement le godet, mais des cultures qui sans être plémorphiques ou dégénérées étaient conservées depuis assez longtemps sous cette forme dans son laboratoire).

Par contre, il a réussi à inoculer le *trichophyton violaceum* et à mettre en évidence le développement intrapilaire du parasite.

Ce germe, malgré sa croissance limitée sur la peau, est capable de réaliser une immunisation suffisante pour empêcher l'inoculation d'un autre champignon. J. MARGAROT.

L'idiothérapie intraveineuse à hautes doses en syphiligraphie (La yodotera pia intravenosa a altas dosis en sifiliografia), par COVISA et ENTERRIA. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, n° 4, janvier 1930, p. 288.

Vercellino a publié récemment un travail relatif à l'influence de l'iodure de sodium sur la réaction de Wassermann. Il utilise des solutions à 10 o/o préparées extemporanément avant l'injection. La quantité nécessaire pour modifier la réaction oscille entre 36 et 103 grammes. On atteint 15 grammes par dose. Les injections sont séparées par un intervalle de 3 à 4 jours. Sous l'influence de ce traitement, des réactions de Wassermann intenses sont devenues négatives. Les résultats cliniques sont parallèles à l'évolution sérologique.

L'auteur a traité par cette méthode des syphilis tardives avec Wassermann très fortement positif. Il n'a pas obtenu des guérisons aussi brillantes. Certains cas n'ont retiré aucun bénéfice du traitement. Les réactions sérologiques sont devenues plus faibles dans certains autres. Une seule fois, dans une endartérite cérébrale, la réaction a été rendue négative en même temps que l'on notait une amélioration clinique surprenante. J. MARGAROT.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Pratique dermatologique. Deux cas de mort par stomatite mercurielle. Histoire clinique (Pratica dermatologica. Dos casos de muerte por estomatitis mercurial. Historia clinica), par TABOADA et CUBERO. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 6e année, n° 55, avril 1930, p. 387.

Deux malades, le mari et la femme, atteints l'un et l'autre de syphilis récente, sont soumis à des injections d'huile grise qui sont faites à la cadence de 2 par semaine. On ignore la quantité de métal injectée chaque fois. Il est fait 2 séries de 6 piqûres séparées par 3 semaines de repos.

15 ou 20 jours après, débute chez la femme une stomatite accom-

pagnée d'une abondante salivation. L'aggravation est rapide et la mort survient au bout d'une quinzaine de jours.

Peu de temps après, le mari présente à son tour une stomatite. Son état empire progressivement malgré une thérapeutique intensive ; le maxillaire inférieur se nécrose en totalité du côté gauche. Un abcès se forme dans la région temporo-pariétale ; un débridement met à nu les tissus nécrosés ; des hémorragies répétées se produisent ; le malade succombe dans le marasme. A part quelques douleurs abdominales aucun autre symptôme n'a été noté ; on n'a même pas trouvé d'albumine dans les urines. J. Margarot.

Réactions non positives de la réaction de Meinicke T. R. chez des malades traités par des protéines spécifiques (Positividades no especificas de la Meinicke T. R. en los enfermos tratados con proteinas), par Javier Milanova Monti et J. M. Catasus. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 6e année, n° 55, avril 1930, p. 393.

Les auteurs ont observé plusieurs fois une réaction de Meinicke T. R. positive chez des sujets soumis à un choc protéique dans un but thérapeutique. C'est ainsi que chez 2 sujets atteints de blennorragie et traités par des injections de 5 centimètres cubes de tétraprotéine à la cadence d'une injection tous les 2 jours, la réaction de Meinicke T. R. était nettement positive, sans être pour cela très intense, tandis que les réactions de Hecht, de Wassermann et de Vernes étaient négatives.

51 malades en tout ont été soumis à des injections de protéines diverses (lait de vache, tétraprotéine, etc.), avec des résultats plus ou moins comparables aux précédents.

Ces réactions positives n'offrent pas une grande stabilité. Elles ne présentent ni la persistance, ni l'intensité de celles qui sont dues à la syphilis.

Il n'est pas moins important de connaître leur possibilité pour éviter de graves erreurs. J. Margarot.

Syphilis des vaisseaux de la rétine (Lues de los vasos de la retina), par Juan Pa Lares Lluesma. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 6e année, n° 55, avril 1930, p. 403.

Il existe une indépendance relative entre la syphilis vasculaire et la syphilis parenchymateuse de la rétine, de sorte qu'il est possible d'individualiser des syndromes vasculaires purs de la rétine de nature syphilitique.

Ces lésions isolées primitives peuvent d'ailleurs aboutir à des lésions rétiniennes parenchymateuses.

L'auteur apporte 5 observations de lésions rétiniennes où prédominent des altérations artérielles et veineuses.

J. Margarot.

Revista Medica Gallega (Santiago de Galicie).

La radiothérapie et le thallium dans le traitement des teignes (La radioterapia y el talio en el tratamiento de las tiñas), par Leopoldo Rodriguez F. Siera. *Revista Medica Gallega*, 10e année, n° 3, mars 1930, p. 74.

L'épilation des teigneux par la radiothérapie a fait ses preuves. La méthode est exempte de dangers et permet une guérison rapide.

L'acétate de thallium, malgré les affirmations de quelques auteurs, donne souvent lieu à des accidents toxiques. Il détermine des altérations bien définies du système nerveux végétatif et des modifications histologiques du système endocrinien. On a signalé de la phosphaturie, de la glycosurie, de l'albuminurie, des altérations dystrophiques des ongles, des douleurs articulaires, osseuses et musculaires, des angines avec fièvre, des coliques, de la diarrhée, des érythèmes, de l'amaigrissement.

L'intoxication aiguë expérimentale provoque une paralysie des membres inférieurs avec relâchement des sphincters. On trouve cités un cas de chorée, une psychose épileptiforme, une névrite optique bilatérale progressive, divers cas de polynévrites. Quelques-uns de ces accidents se sont terminés par la mort.

Sabouraud, après avoir été le premier à employer l'acétate de thallium, se prononce franchement contre son emploi. Enfin, les cas malheureux de l'Hospice de Grenade, où l'on a eu à déplorer trois décès, viennent souligner le danger de cette méthode.

Pour l'instant, on doit s'abstenir d'utiliser le thallium dans le traitement des teignes, tant que des recherches nouvelles n'auront pas permis de rendre cette médication inoffensive.

J. Margarot.

Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia (Bologne).

Contribution à l'étude des manifestations syphilitiques qui apparaissent pendant le traitement spécifique, par Giona Nardi. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. V, fasc. 6, mai 1930, p. 513.

N. fait remarquer que, si nous sommes armés contre la syphilis de moyens thérapeutiques très efficaces, au point que nous pouvons nous risquer à promettre très affirmativement aux malades un bon résultat thérapeutique d'un traitement correctement dirigé et suivi, il arrive cependant parfois que ces prévisions se trouvent démenties, et, parmi ces déceptions, les plus fâcheuses sont bien sans contredit celles qui consistent dans des récidives survenant précisément au cours d'un traitement.

Divers auteurs ont publié des cas de cet ordre et N. en fait la revue bibliographique, insistant tout particulièrement sur la communication de Clément Simon et Bralez à la Société française de Dermatologie, en mars 1925.

Il rapporte en outre quatre cas personnels :

1. Cas d'une prostituée à syphilis latente, sans autre manifestation suspecte que de la polyadénopathie. Cette femme refuse un traitement qui lui est proposé, alléguant que, chaque fois que l'on veut la traiter, il se produit une récidive de papules vulvaires. On insiste et on parvient à lui faire accepter une cure bismuthique. Comme elle l'avait annoncé, apparaissent en effet des lésions vulvaires papulo-érosives, avec présence de tréponèmes.

2. Cas d'un sujet dont la femme avait eu un Bordet-Wassermann positif, et deux enfants morts peu de jours après la naissance, bien que nés à terme. Cet homme avait eu auparavant un Bordet-Wassermann négatif, mais qui, à ce moment se montra positif. Aucun antécédent ni signe clinique. Toutefois, à cause du Bordet-Wassermann, traitement proposé et accepté. Pendant ce traitement, apparition d'une gomme sous-palpébrale qui s'ulcéra et guérit par l'arsénobenzol intraveineux et le Bi soluble substitué au Bi insoluble tout d'abord employé.

3. Ménagère de 30 ans, à Bordet-Wassermann positif et syphilide pigmentaire du cou ; subit un premier traitement sans incident. Deuxième traitement : (Bi et huile grise), apparition de gommes frontales qui s'ulcèrent et guérissent par l'arsénobenzol associé au Bi.

4. Cas d'un homme atteint de sarcocèle syphilitique du testicule droit avec Bordet-Wassermann positif. Traitement : frictions Hg ; KI ; injections de Bi. Amélioration très nette du testicule droit ; mais, au cours de ce dernier traitement, apparition d'un autre sarcocèle au testicule gauche. Ce dernier guérit également en poursuivant le traitement.

Discussion des diverses hypothèses : traumatisme, malignité spéciale de la syphilis, résistance aux médicaments, réaction de Herxheimer. Réfutation de ces diverses opinions.

N. croit devoir rapporter ces récidives intrathérapeutiques à un phénomène de réactivation, c'est-à-dire un réveil de germes assoupis, latents, quoique potentiellement virulents. Le médicament introduit n'a pas été capable de détruire ou de paralyser les germes spécifiques, mais les a, au contraire, stimulés, « chatouillés », éveillant ainsi leur virulence, et les rendant capables de provoquer les manifestations décrites. BELGODERE.

Observations cliniques et expérimentales sur la sensibilisation et la désensibilisation aux radiations lumineuses, par F. FLARER. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. V, fasc. 6, mai 1930, p. 543, 7 fig. Bibliographie.

Considérations générales sur l'action sensibilisante et désensibilisante des radiations lumineuses. Rappel des notions établies sur cette ques-

tion par les travaux antérieurs : ils ont abouti à la démonstration d'une désensibilisation produite localement sur la peau irradiée par une première application de rayons lumineux, et dans certains cas, au contraire, à une hypersensibilité.

Mais ce qui n'a pu être précisé, c'est *le siège* de ces phénomènes ; est-ce un siège étroitement local épidermique, ou bien une propriété diffuse ? L'auteur dans le but d'élucider ce point important, a fait diverses expériences sur deux sujets dont il rapporte l'observation, qui auraient été atteints de dermite érythémateuse et vésiculeuse, manifestement survenue sous l'influence des rayons solaires.

Le liquide des vésicules et des bulles, recueilli en assez grande quantité, a servi à diverses expériences, et notamment à rechercher le transport, à des sujets normaux, de cette hypersensibilité.

Ces expériences ne sauraient se prêter à un exposé résumé. Elles ont abouti à ces constatations :

1. Le liquide contenu dans les bulles d'une dermite liée à l'action des rayons solaires, chez deux sujets hypersensibles à la lumière pour des raisons intimes organiques qu'il a été impossible d'élucider, se montre capable d'une action hypersensibilisante à la lumière s'il est injecté intradermiquement chez des sujets pris au hasard et qui réagissent normalement à la lumière.

2. Cette action photosensibilisante n'apparaît pas par l'irradiation directe du liquide : elle ne se produit que s'il y a eu contact intime avec l'épiderme du sujet par injection préalable, et c'est alors seulement que l'irradiation produit une réaction plus forte que chez le sujet témoin. Le temps nécessaire pour que s'établisse cette hyperréactivité est de 5 à 48 heures, mais elle peut persister pendant 8 jours.

3. Cette action photosensibilisante est strictement locale et spécifique : en effet, l'injection de sérum du sang circulant ne produit pas du tout les mêmes effets que l'injection du liquide des bulles.

4. Les mêmes expériences faites avec le liquide des bulles provoquées par irradiation chez des sujets pris au hasard, ont également montré des propriétés sensibilisantes, mais moins accentuées. Cette propriété est spécifique aux radiations lumineuses, car le liquide des bulles provoquées par d'autres procédés (neige carbonique, cantharides) ne donne aucun résultat semblable.

De ces résultats, il apparaît à F. que la désensibilisation, habituelle à la suite des irradiations lumineuses doit être considérée comme un phénomène tissulaire qui incombe aux couches les plus superficielles de l'épiderme ; la sensibilisation, au contraire, nécessite un contact intime entre la cause sensibilisante et le tissu épidermique, qui, considérés séparément, ne possèdent pas cette propriété, mais l'acquièrent par leur contact réciproque.

La désensibilisation résulterait de modifications de l'épiderme sous

l'influence de la lumière qui le rendraient moins perméable aux rayons lumineux.

La sensibilisation serait due à un phénomène nettement opposé, c'est-à-dire à une perméabilité plus grande aux rayons, et ce qui semble le prouver, c'est que, dans les cas d'accidents cutanés observés chez des sujets hypersensibles, les lésions sont les mêmes que celles qui se produisent chez des sujets normaux sous l'influence de doses excessives. L'action pathologique s'exerce d'une manière quantitative et non qualitative. BELGODERE.

Gale des épiciers et acariose par les céréales. Découverte insolite d'acares (Considérations sur l'importance des processus allergiques dans la genèse des manifestations cutanées par acares), par L. CIARROCCHI. *Archivio Italiano di Dermatologia. Sifilologia e Venereologia*, vol. V, fasc. 6, mai 1930, p. 567, 6 fig. Bibliographie.

Observation d'une épidémie de cette dermatose qui avait atteint un épicier, plusieurs membres de sa famille, plusieurs employés, plusieurs clients. On put établir que l'origine de l'affection cutanée était dans la manipulation de blé et de maïs mis en vente dans la maison de commerce. L'examen de ces céréales permit de découvrir des acares dont la plupart appartenaient à l'espèce *Pediculoïdes ventricosus*, et la plupart étaient des mâles, contrairement à ce qui a été constaté dans les travaux antérieurs. En outre, d'autres individus différaient par leurs caractères de l'espèce précédente, si bien que des échantillons furent envoyés au célèbre entomologiste Thor, à Oslo. Celui-ci identifia les acares inconnus en quatre espèces : 1. *Glyciphaus domesticus* ; 2. *Chylitus cruditus* ; 3. *Chylitus venutissimus* ; 4. *Lælaps novus*. Description de ces différents types d'acares. Revue bibliographique de la littérature relative à l'acariose humaine par acares agraires. Dans aucun des cas publiés précédemment n'a été signalée l'association au *Pediculoïdes ventricosus* du *Glycyphagus* et des autres variétés. Il s'agit de savoir si ces diverses espèces sont toutes nocives pour la peau et quelles sont les manifestations cutanées particulières à chacune d'elles.

Il semblerait, après les publications antérieures, que la dermatose provoquée par le *Glycyphagus* soit à base érythémateuse, pomphoïde, érythémato-papulo-vésiculeuse, en général de brève durée, localisée aux membres supérieurs, assez prurigineuse. Ces caractères ont beaucoup d'analogie avec la dermatose du *P. ventricosus*, mais en diffèrent cependant par l'évolution plus rapide, le prurit plus léger, et par la présence de petites macules érythémateuses, isolées ou confluentes, sans infiltration papuleuse centrale surmontée d'une vésicule, et par le fait que dans les éléments érythémateux sur lesquels une semblable infiltration papuloïde se produit, celle-ci est très légère.

L'auteur a fait des reproductions expérimentales sur lui-même au moyen de diverses variétés d'acares qu'il a recueillis et a pu confirmer ainsi ces caractères différentiels. Et il a pu aussi, parmi les victimes de

cette petite épidémie, distinguer ceux qui avaient été piqués par *P. ventricosus* de ceux qui l'avaient été par *Glycyphagus*.

Une autre question importante est celle de l'influence des processus allergiques dans la genèse des manifestations cutanées provoquées par les acares. Chez les malades observés par C., il y avait en effet des œdèmes qui pouvaient faire songer à une réaction anaphylactique ; certains auteurs ont même affirmé que l'on pouvait observer des accès d'asthme.

C. a institué des expériences qui ont consisté à soumettre des zones cutanées, d'une manière répétée, à l'action des parasites. Il n'a pas observé de modifications dans les réactions cutanées ainsi produites expérimentalement et il en conclut que le venin sécrété par l'acare, et introduit par celui-ci dans l'épaisseur de la peau, n'est pas capable de déterminer une sensibilisation locale des cellules épidermiques ou de l'endothélium vasculaire. Il ne s'est pas produit non plus de sensibilisation générale par inhalation de poussières contenant des débris de parasites. C. pense donc que les pomphi, les œdèmes, observés chez certains sujets piqués par les acares sont dus à une sensibilité particulière du sympathique. Cette sensibilité est elle-même sous la dépendance de causes très variées : traumatiques, toxi-infectieuses, psychiques, dues à des déficiences fonctionnelles d'organes à fonctions pexiques tels que le foie et le rein. BELGODERE.

Observations sur l'action thérapeutique des rayons-limite dans quelques affections cutanées, par A. FRATICELLI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. V, fasc. 6, mai 1930, p. 587.

L'auteur recommande l'emploi des rayons-limite dans le traitement des dermatoses. Il n'a cependant pas obtenu des résultats aussi brillants que ceux annoncés par des promoteurs enthousiastes, tels que Bucky, mais cela tient peut-être à ce qu'il s'est montré moins audacieux. Bucky recommande en effet de pousser l'irradiation jusqu'à obtenir une dermatite bulleuse et même une nécrose des tissus. F. n'a pas été jusque-là. Il recommande, pour doser la quantité de radiations administrée, l'emploi de courbes de saturation.

Dans l'acné, où les irradiations par les rayons X ne donnent pas des résultats bien brillants, on en obtient de merveilleux avec les rayons-limite, mais cependant, F. ne paraît pas très satisfait. L'association des deux méthodes est parfois avantageuse.

Dans le lichen plan et acuminé, résultats très bons pourvu que le traitement soit poursuivi pendant 2 à 5 mois ; l'association des rayons X est inutile.

Dans les eczémas, résultats excellents, mais il faut aussi répéter les applications et recourir aux courbes de saturation.

Dans les prurits, résultats satisfaisants, des doses minimes sont suffisantes et, dans les cas résistants, l'association avec les rayons de Rœntgen est recommandable.

F. conclut : l'emploi des rayons-limite dans le traitement des dermatoses n'est pas toujours suivi de résultats très brillants ; mais cet emploi est cependant recommandable à cause des caractéristiques physiques et biologiques de ces radiations et parce qu'elles ont un pouvoir thérapeutique non douteux. C'est au thérapeute qu'il appartient, selon son expérience personnelle, de décider à quelle sorte de radiations il devra avoir recours, et les traitements mixtes seront parfois opportuns. En tout cas, si on a recours aux rayons-limite, une application unique ne peut donner aucun résultat : il faut les utiliser avec insistance. BELGODERE.

Contribution à la thérapie physique du psoriasis, par A. FRATICELLI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia,* vol. V, fasc. 6, mai 1930, p. 596.

Les rayons ultra-violets donnent des résultats incomplets et peu durables ; les rayons X sont redoutés à cause des accidents possibles. F. recommande l'emploi des rayons-limite, qui sont une arme inoffensive, dont les effets nuisibles, en tout cas, ne peuvent dépasser l'épiderme, parce que leur absorption ne dépasse pas les limites de l'épaisseur de l'épiderme ; ils n'exercent pas d'action sur les organes internes et ne provoquent pas la mise en circulation de substances toxiques, ou du moins celles-ci n'existent qu'en quantité minime et sans provoquer d'intolérance.

On ne peut pas encore formuler des conclusions définitives sur cette méthode, parce que le champ d'expérimentation n'a pas encore été assez vaste : il faudrait en effet des années pour pouvoir parler de guérison complète.

Au point de vue technique, il faut employer des doses considérables : les résultats les meilleurs sont obtenus lorsque la lésion n'a pas été précédemment traitée par les rayons X ou ultra-violets. On réussit encore mieux lorsque après une première période de traitement au moyen des rayons-limite, on pratique une seconde cure avec les rayons ultra-violets qui conservent l'épiderme dans un léger état de réaction.

Bref, si ces méthodes ne sont pas encore au point, elles ont néanmoins donné des résultats encourageants qui méritent d'être connus afin d'inciter les physiothérapeutes à de nouvelles recherches dans cette voie. BELGODERE.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Contribution à la connaissance du pityriasis rubra pilaire de Devergie et de ses rapports avec les syndromes voisins, par AGOSTINO CROSTI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia,* fasc. 2, avril 1930, p. 305, 9 fig. Bibliographie.

Historique des discussions qu'a soulevées l'étude du pityriasis rubra pilaire et des difficultés à le différencier du *lichen ruber acuminatus,*

du *lichen ruber* de Hebra, du *lichen acuminatus* de Kaposi, du *lichen necroticus* de Unna.

Encore actuellement, l'accord est loin d'être fait sur tous les points, et la discussion porte surtout sur les caractères distinctifs du pityriasis rubra pilaire et du *lichen ruber acuminatus*. Pour les uns (*unicistes*), ce ne sont que deux aspects d'une même affection. Pour les autres (*dualistes*), il s'agit de deux maladies distinctes.

L'auteur a cherché à prendre parti dans cette controverse, ce qui n'est pas facile, car la maladie n'est pas d'observation journalière. En 10 ans, à la Clinique de Milan, on en a rencontré en tout 10 cas, dont 6 ont déjà servi à documenter un travail antérieur de Ramazzotti. C. a observé personnellement les 4 derniers, dont il rapporte l'observation clinique et histologique. Il discute ces différents cas au point de vue de leur classification nosologique, du diagnostic avec les dermatoses voisines et de la pathogénie.

Les conclusions de cette étude sont que :

Le pityriasis rubra pilaire, tout en étant un syndrome bien différencié, est cependant d'une symptomatologie assez polymorphe, tantôt chronique et bénigne, tantôt aiguë et grave.

Il présente avec le psoriasis des analogies qui sont probablement liées à une constitution de réactivité cutanée semblable.

Des analogies très grandes existent également avec le lichen à siège folliculaire, surtout dans les formes aiguës de ce dernier, du type *lichen ruber acuminatus* de Hebra-Kaposi. La distinction est d'autant plus difficile qu'il s'agit de cas-limite, de formes de transition entre deux dermatoses différentes. Mais C. fait remarquer que le tableau individualisé jadis par Hebra est de moins en moins souvent signalé par les dermatologistes qui doivent vraisemblablement le rapporter au pityriasis rubra pilaire.

Inversement, il est vrai certaines formes de pityriasis rubra pilaire sont dénommées par quelques dermatologistes : *lichen ruber acuminatus* ; cette confusion doit être évitée et C. estime qu'il ne faut appeler *lichen ruber acuminatus* que les cas dans lesquels la lésion ainsi dénommée coexiste avec d'autres lésions typiques de lichen plan de Wilson.

Au point de vue étiopathogénique, l'analyse des différents cas étudiés par l'auteur le conduit à admettre :

1° des facteurs constitutionnels : âge infantile, prédisposition familiale, coexistence d'autres manifestations connues comme ayant un caractère constitutionnel (kératose folliculaire et ichtyose) ; 2° des facteurs neuro-végétatifs : érythèmes initiaux symétriques, localisation aux follicules, symétrie des manifestations, caractères structuraux de la lésion élémentaire ; 3° des facteurs dysendocriniens, particulièrement à base de dysthyroïdisme, avec caractère d'hyposympathicotonie.

Mais à côté de ces influences prédisposantes, il faut admettre un facteur étiologique déchaînant, toxique ou toxi-infectieux, qui vient ajouter son action décisive. Cet élément étiologique reste obscur ;

l'étiologie tuberculeuse a surtout été incriminée, mais elle ne semble justifiée que pour un nombre de cas limité.

Belgodere.

Sur l'étiopathogénie du lupus érythémateux en rapport avec la réactivité cutanée à des excitants variés, par F. Flarer. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 2, avril 1930, p. 341. Bibliographie.

Nouvelle contribution à la controverse toujours pendante sur la nature du lupus érythémateux. Comme le fait remarquer F. encore faudrait-il s'entendre sur la définition bien exacte de cette affection. Ce qu'on appelle le lupus érythémateux aigu, par exemple, ne ressemble pas du tout au lupus érythémateux chronique ; il semble bien que ce soient là deux maladies distinctes, qui ne sauraient relever du même processus pathogénique.

Il passe en revue les diverses solutions proposées du problème pathogénique, parmi lesquelles la théorie tuberculeuse et la théorie streptococcique sont celles qui ont rallié le plus de suffrages. Mais jusqu'ici, les auteurs qui ont traité de ces questions ont basé leur opinion sur des données statistiques, sur des coexistences morbides qui ne sont que des preuves de valeur relative, car la coexistence d'une lésion tuberculeuse ou streptococcique chez un sujet atteint de lupus érythémateux ne prouve pas qu'il y ait un lien pathogénique entre ces deux affections. De plus, quand bien même l'étiologie tuberculeuse ou streptococcique du lupus érythémateux serait établie, il resterait encore à expliquer la raison de cette réaction cutanée si particulière, si différente des réactions cutanées habituellement provoquées par ces agents pathogènes. On peut à bon droit suspecter qu'interviennent là des propriétés particulières du tissu cutané des réactivités spéciales de la peau chez certains sujets.

Partant de cette idée, F. a entrepris les recherches suivantes :

Chez un certain nombre de malades atteints de lupus érythémateux, il a étudié, non pas seulement les antécédents, les lésions concomitantes, mais la réactivité cutanée à des excitants d'ordre divers : tuberculine, vaccins streptococcique, staphylococcique, colibacillaire, peptone, substances irritantes chimiques (formaline, térébenthine, arnica), substances pharmacodynamiques à action spécialement vasomotrice (adrénaline, caféine, morphine, pilocarpine), excitations lumineuses.

Et ces recherches ont été pratiquées non seulement sur un groupe de sujets atteints de lupus érythémateux, mais aussi, afin d'avoir des termes de comparaison, sur un groupe de malades atteints de formes tuberculeuses cutanées vraies, sur un groupe de tuberculeux pulmonaires, et sur un groupe de sujets sains. Sans entrer dans le détail des résultats particuliers de ces diverses recherches, il en est résulté cette constatation intéressante : la physionomie réactive générale présente de grandes analogies dans le cas de lupus érythémateux et dans

le cas de tuberculose pulmonaire. Cette notion, venant s'ajouter à celles qui ont déjà été établies, peut constituer un critère pour l'interprétation pathogénique du lupus érythémateux.

Cette réactivité particulière ne peut suffire à elle seule pour élucider le mécanisme pathogénique du lupus érythémateux, mais il est probable que, par suite de l'hypersensibilité et de l'hyperréactivité, à siège particulièrement vasculaire, la peau est susceptible de réagir à des causes morbides très variées (constitutionnelles, microbiennes, physiques, etc.), et c'est sur ce terrain que pourraient se concilier les divergences auxquelles ont abouti les auteurs qui ont cherché à résoudre le problème étiologique du lupus érythémateux.

BELGODERE.

De l'allergie cutanée antituberculeuse (A propos d'un cas de tuberculose miliaire avec efflorescences cutanées à type de tuberculide papulo-nécrotique), par E. CIAMBELLOTI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia,* fasc. 2, avril 1930, p. 390, 5 pages de bibliographie.

C. rapporte l'observation d'un cas de typhobacillose avec localisation pulmonaire, accompagnée d'une éruption cutanée qui avait tous les caractères de tuberculides papulo-nécrotiques. Mais, comme il advient fréquemment dans cette sorte de lésions, la recherche du bacille de Koch y fut négative.

Cette constatation négative sert de point de départ pour C. à une discussion sur les mécanismes immunitaires, discussion touffue et complexe, comme toutes celles qui ont trait à ces questions encore si obscures et dont il serait difficile de donner un résumé.

Disons seulement que, pour C., la recherche négative du bacille de Koch dans les lésions cutanées ne prouve pas que celui-ci n'y ait pas été présent *à un moment donné.* Les bacilles peuvent avoir été détruits, de sorte que la lésion cutanée représente peut-être, non pas la réaction du tissu en présence du bacille vivant, mais est une conséquence de la lutte entre le tissu et le microbe, aboutissant à la mort et à la disparition de ce dernier. Et d'ailleurs, en effet, les lésions de cette réaction allergique n'ont pas la même structure que les lésions tuberculeuses typiques.

Dans les états d'hypersensibilité anaphylactique, l'antigène est attaqué et décomposé par les cellules et par les substances humorales qui en proviennent et ce sont les produits de sa désintégration qui provoquent la réaction par laquelle se manifeste à nous le mécanisme de la défense organique.

On admet de plus en plus que l'allergie n'est autre chose qu'une forme de l'anaphylaxie, de sorte qu'elle représente ainsi un moyen extrêmement sensible de défense active contre les germes et leurs toxines.

Mais la destruction des germes et des toxines ne conduit pas toujours nécessairement à une réaction visible. Elle est le résultat de la lutte entre deux forces variables : la résistance cellulaire et la quantité

de substances toxiques élaborées. Si la première de ces forces l'emporte, il y a une réaction vive ; c'est *l'allergie*. Si c'est la deuxième qui prédomine, il ne se produit aucune réaction : c'est *l'anergie*.

Enfin, dans certains cas, la réaction défensive est minime, mais la virulence du bacille est telle qu'elle amène une nécrose massive des tissus et ainsi, *indirectement*, une destruction des germes. C'est la *dysergie* (*Umstimmung* des Allemands).

BELGODERE.

Purpura chronique chez un sujet atteint de troubles endocriniens complexes, par E. CORTELLA. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 2, avril 1930, p. 419. Bibliographie.

L'auteur a observé, chez une femme de 46 ans, un purpura dont il a fait une étude très approfondie. Discutant sa position nosologique, il montre que ce cas doit être catalogué comme *purpura intermittent chronique simple*, et il en donne les raisons, ainsi que les caractères qui permettent de le différencier d'avec les autres types de purpura.

Ce purpura coïncidait avec une ménopause récente et l'étude des différents tests dénotait des dysfonctions endocrines importantes ; de plus, il existait une glycémie et glycosurie légères. Il est donc permis de penser que le purpura était sous la dépendance des troubles endocriniens, qui amenaient des perturbations dans les processus naturels de formation et de destruction des éléments du sang, d'où production de toxines spéciales qui détermineraient des altérations des parois vasculaires et leur fragilité.

Le diabète devait, lui aussi, très probablement, avoir une origine pluriglandulaire, comme certains auteurs tendent de plus en plus à l'admettre ; mais, parmi les influences glandulaires complexes qui tenaient sous leur dépendance ce diabète, il semble, d'après les recherches effectuées, que l'influence ovarienne ait été prédominante (amélioration du diabète par administration d'extraits ovariens). La malade fut soumise au traitement insulinique, mais celui-ci n'eut aucune influence favorable, et même, on observa le phénomène paradoxal de *l'hyperglycémie insulinique initiale*, ainsi que *l'hypoglycémie adrénalinique*. Discussion des diverses hypothèses qui peuvent expliquer ces réactions paradoxales.

Entre ces différents faits, il existe certainement un lien qu'il est difficile de préciser exactement tant les phénomènes endocriniens sont encore entourés d'obscurité. Toujours est-il que, sous l'influence du traitement combiné, insulinique et ovarique, le purpura se modifia d'une manière appréciable : les éléments hémorragiques s'atténuèrent dans certaines régions, disparurent complètement dans d'autres, on ne vit plus se produire de nouvelles poussées. Mais il convient aussi d'ajouter que la malade restait constamment alitée.

BELGODERE.

La créatine et la créatinine dans les dermatoses, par P. Castellino. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 2, avril 1930, p. 442.

De même que l'urée représente le terme ultime du métabolisme protéique *exogène*, c'est-à-dire des substances protéiques *ingérées*, la créatine et la créatinine sont les produits de désintégration des protéines tissulaires, du métabolisme *endogène*. Ces deux substances sont donc une expression de l'activité fonctionnelle du cytoplasme cellulaire.

Elles paraissent se former surtout dans les muscles, mais on soupçonne aussi qu'elles peuvent, en proportion plus faible, il est vrai, avoir pour origine d'autres tissus.

L'auteur a entrepris des recherches pour vérifier si, dans diverses dermatoses, on pouvait constater des modifications dans l'élimination de la créatine et de la créatinine, qui pourraient s'expliquer soit par une action sur les muscles de substances toxiques élaborées au niveau des lésions cutanées, soit par la destruction des éléments cutanés, soit par un trouble général du métabolisme protéique endogène qui serait aussi la cause de la dermatose.

Les résultats de ces recherches ont été presque négatifs : on n'a pas constaté, dans l'urine des sujets atteints de dermatoses, des modifications notables de l'élimination de la créatine et de la créatinine. Il faut faire exception cependant pour quelques cas de dermatoses aiguës et étendues dans lesquelles l'élimination était augmentée, mais la proportion, ainsi que le nombre de cas sont trop faibles pour pouvoir servir de base à une conclusion nette. Belgodere.

Les complications nerveuses de la syphilis récente (Première note : leur fréquence et leur classification), par Artom. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 2, avril 1930, p. 448, 2 pages de bibliographie.

Le Professeur Artom entreprend une série de publications sur la syphilis nerveuse, dont voici la première, consacrée aux complications nerveuses de la lues récente. On sait combien elles sont fréquentes, ainsi que la pratique de la ponction lombaire a permis de s'en rendre compte. A. fait à ce point de vue une revue bibliographique des résultats publiés par les divers auteurs. Il fait ensuite l'exposé de ses résultats personnels.

A. fait observer que la nomenclature habituellement employée pour désigner ces complications nerveuses manque de précision, et que les termes de méningisme, réaction méningée, méningite, sont employés souvent par les divers auteurs avec des acceptions très différentes, d'où confusion.

Il estime nécessaire de classer les différentes formes de neuro-lues récente selon le tableau clinico-humoral qu'elles présentent, et d'adopter une nomenclature qui puisse servir à en désigner avec précision les différents types. Il estime que l'on peut arriver à des distinctions capables de pouvoir mettre en évidence quel est le type de processus morbide dont le névraxe est le siège, d'après les manifestations humo-

rales. Pour cela, il n'y a qu'à appliquer à la syphilis la même méthode qui est employée pour la classification des complications nerveuses des autres maladies infectieuses.

Il aboutit ainsi à distinguer trois catégories de complications nerveuses dans la syphilis récente :

1. Les *accidents de méningisme* : il n'y a pas alors de modifications du liquide céphalo-rachidien ayant les caractères d'altération inflammatoire, mais simplement de l'hypertension et une légère pléocytose ; les réactions habituelles de la syphilis nerveuse sont négatives : il s'agit de réactions dues à la présence d'éléments toxiques dans la circulation.

2. Les *réactions méningées*, qui correspondent le mieux à ce que l'on a coutume d'appeler « la méningite luétique latente ». Dans ces cas, il y a hypertension, leucocytose plus marquée que dans le cas précédent, faible hyperalbuminose, augmentation des globulines, réaction de Bordet-Wassermann et colloïdales négatives. Il n'y a, dans cette catégorie de cas, comme dans la précédente, aucun signe clinique, et l'existence de ces réactions méningées ne peut être révélée que par la ponction lombaire. Pour Sézary, il s'agirait d'une réaction méningée banale due au voisinage de foyers de tréponèmes dans l'écorce cérébrale (comme les pleurites qui accompagnent les lésions pulmonaires).

3. Les *méningites luétiques*. Ce sont les cas où le tableau humoral est complet, et notamment, réactions colloïdales et Bordet-Wassermann positives. Il y a en outre des signes cliniques, du reste assez variables, ce qui se conçoit puisqu'ils dépendent de la localisation des lésions (céphalée, anisocorie, rigidité de la nuque, bradycardie, etc.). Enfin, il y a des signes anatomo-pathologiques : lésions non plus diffuses et banales, mais localisées et typiques, et surtout, présence de tréponèmes. C'est à cette dernière catégorie de cas qu'il convient, d'après A., d'appliquer le terme de « méningite syphilitique » conception, comme on le voit, plus restrictive, mais aussi plus précise que celle qui est habituellement admise. BELGODERE.

A propos de l'action de quelques huiles essentielles sur la pigmentation, par DEL VIVO. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 2, avril 1930, p. 467, 2 fig. Bibliographie.

C'est Freund, de Trieste, qui a eu le premier le mérite d'attirer l'attention sur la dermatose pigmentaire déterminée par l'application sur la peau de l'eau de Cologne. On a proposé diverses hypothèses pour l'expliquer, parmi lesquelles celle de la *photosensibilisation* a rencontré le plus de partisans. On a cherché à utiliser cette propriété dans un but thérapeutique, notamment pour le traitement du vitiligo.

V. rapporte les expériences qu'il a faites pour déterminer le mécanisme de cette action pigmentaire. Elles ont démontré que, parmi les huiles essentielles qui entrent dans la composition de l'eau de Cologne, seules les huiles de bergamote et de cèdre peuvent donner lieu à une pigmentation de la peau exposée aux rayons solaires ; les autres huiles se montrent sans action.

Le premier phénomène cutané auquel ces huiles donnent lieu est un érythème, qui peut être très léger et même disparaître sans laisser de pigmentation, dans certains cas, au contraire, il peut atteindre un degré accentué au point de prendre l'aspect d'une brûlure avec vésicules et phlyctènes. La pigmentation est toujours secondaire, et suivie elle-même d'une desquamation plus ou moins abondante.

La dermatose pigmentaire de l'eau de Cologne ne se produit que sous l'influence des rayons solaires ; les radiations artificielles (ultra-violets, Bach, Jesioneck, Sollux) utilisées de diverses manières, n'ont jamais produit d'érythème ou de pigmentation plus accentuée dans les zones cutanées soumises à l'action de l'eau de Cologne ou des huiles essentielles.

Quant aux essais de traitement du vitiligo, leur échec a été complet, et même, ils ont eu pour effet d'accentuer la pigmentation périphérique des plaques de vitiligo et de les rendre ainsi plus apparentes.

Au point de vue du mécanisme pathogénique, V. plutôt qu'à une photosensibilisation, croit à une *action chimique* : les essences entreraient en solution avec les acides de la sueur et elles seraient ensuite décomposées par le spectre solaire en une substance chimique à action révulsive et irritante. BELGODERE.

A propos de la colliquation cavitaire dans le sarcome de Kaposi (Contribution clinico-histologique), par LÉONARDO NARDELLI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 3, avril 1930, p. 481, 10 fig. Bibliographie.

L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas de cette maladie rare. Il fait une revue générale du sujet en montrant en particulier combien sont divergentes les opinions qui ont trait à la nature de cette affection et à ses caractères histologiques. On ne peut pas se faire une opinion sur cette maladie d'après le tableau histologique : il faut avoir suivi la maladie dans son évolution et avoir pratiqué de nombreuses biopsies sur plusieurs malades ; les facteurs principaux du polymorphisme de la maladie sont dus au stade évolutif, au siège, aux accidents secondaires de différent type qui s'associent aux accidents primitifs.

Récemment, Pautrier et Diss ont attiré l'attention sur deux signes auxquels ils attachent une valeur particulière : les phénomènes douloureux et l'augmentation de la température locale. En outre, au point de vue histologique, ils ont constaté la présence, autour des vaisseaux sanguins, en dehors de la tunique musculaire, de cellules claires, polygonales, à protoplasma faiblement acidophile, desquelles partent des fibres nerveuses amyéliniques qui se réunissent avec les fibres nerveuses qui entourent le vaisseau sanguin ; des fibres amyéliniques nombreuses se rencontreraient également dans le tissu conjonctif.

Dans le cas observé par N. chez une paysanne de 29 ans, on retrouve les caractères généraux habituellement décrits. Mais la malade n'a jamais ressenti aucune douleur et la température locale n'est pas plus élevée au niveau des lésions. Un mode particulier d'évolution est à signa-

ler dans ce cas ; c'est un ramollissement de la partie centrale des nodules, une colliquation aboutissant à la production de cavités kystiques, à contenu d'abord séro-hématique, puis, sur des éléments plus anciens à contenu citrin. Ultérieurement, ces cavités kystiques s'affaissent et sont remplacées par un nodule fibreux.

Les biopsies faites par N. lui ont montré que cette transformation était due au sphacèle du tissu du nodule, aboutissant à une sorte de fonte, suivie d'une prolifération réparative du tissu fibreux. Il n'a pas constaté les altérations neuro-myo-vasculaires décrites par Pautrier et Diss.

Au point de vue pathogénique, le caractère multiforme de la maladie lui semble difficile à concilier avec ce que l'on sait des affections néoplasiques ; il croit plutôt à une étiologie *infectieuse*, combinée avec des conditions de terrain particulières qui favoriseraient la prolifération endothéliale des vaisseaux sanguins, lésion initiale, et, ultérieurement, la prolifération conjonctive. BELGODERE.

La réaction de clarification de Meinike (M. K. R.) confrontée à la réaction de Wassermann et à la réaction de Hecht dans le diagnostic de la syphilis, par A. DEVOTO. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 2, avril 1930, p. 494. Bibliographie.

La seconde Conférence internationale de Sérologie, réunie à Copenhague en mai 1928, a reconnu la valeur des méthodes de floculation. Mais elles présentent cependant une délicatesse de technique qui est un inconvénient appréciable. Pour remédier à cet inconvénient, Meinicke a proposé une modification de la M. T. R. qui consiste à apprécier, au lieu du degré d'opacification, la clarification qui se produit dans les tubes d'expérience. C'est la M. K. R. (K à cause de *klarungs* ; en somme, c'est une réaction KK comme le pain fameux). Impossible de résumer les détails de technique. Il y a réaction *fortement positive* quand on constate la clarification du liquide dans toutes les éprouvettes ; réaction *moyenne* ou *faible*, quand la clarification est nette dans la première éprouvette et diminue graduellement dans les suivantes ; réaction *douteuse*, quand il y a un éclaircissement plus ou moins net seulement dans la première éprouvette, et, s'il s'agit d'un sujet sûrement luétique, on pourra dire dans ce cas *faiblement positive* ; si le liquide reste laiteux et ne s'éclaircit pas dans toutes les éprouvettes, la réaction est *négative*.

D. passe en revue les statistiques des différents auteurs qui ont expérimenté cette réaction. Tous sont d'accord à lui reconnaître une grande sensibilité et une grande spécificité et une exécution plus simple même que la réaction de Kahn.

D. rapporte enfin ses résultats personnels. Il a exécuté la M. K. R. parallèlement à la B.-W. et à la H.-R. sur 688 sérums, dont 371 sûrement luétiques, 306 non luétiques, 11 lépreux.

Sur les sérums luétiques : 271 positifs par la M. K. R., 168 par la B.-W., 208 par la H.-R. Résultats aspécifiques : 2 avec la M. K. R.,

3 avec la B.-W., 19 avec la H.-R. L'indice de sensibilité spécifique de de Blasi (différence entre les pourcentages de sensibilité spécifique et les pourcentages de sensibilité aspécifique) est de 72,40 pour la M. K. R., 44,30 pour la B.-W., 49,85 pour la H.-R.

En rapport avec les différentes étapes de la syphilis, on note : syphilome primitif : M. K. R. plus précoce que les autres réactions. Syphilis secondaire avec manifestations, syphilis tertiaire, syphilis latente haute sensibilité spécifique.

Luétiques avec manifestations soumis au traitement : la positivité de M. K. R. persiste plus longtemps que pour les autres réactions.

Sérum de lépreux : pourcentage de positivité plus faible avec M. K. R.

Se basant sur ces résultats, l'auteur estime que la réaction expérimentée soit pour sa haute sensibilité spécifique, soit pour la simplicité technique et la facilité de lecture, représente un véritable progrès dans le séro-diagnostic de la syphilis et mérite d'être employée comme contrôle et comme méthode auxiliaire de la réaction de Wassermann.

BELGODERE.

Etude d'un sel organique de strontium (Seconde partie : le 418 Sr en dermatologie), par E. CIAMBELLOTI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 2, avril 1930, p. 507.

Seconde partie du travail dont la première a déjà été analysée ici (voir numéro de juillet, p. 814) et à laquelle on voudra bien se reporter pour éviter les redites. L'auteur, un peu prolixe, s'étend dans des considérations sur les méthodes qui doivent guider les recherches thérapeutiques, considérations fort intéressantes, mais de caractère trop général pour que nous en fassions l'analyse.

La première partie avait été consacrée à des recherches physico-chimiques, physiologiques, pharmacologiques et biologiques qui avaient délimité de manière bien nette quel pouvait être, dans le domaine dermatologique, le champ d'action du Sr.

Cette seconde partie est consacrée aux recherches thérapeutiques ainsi délimitées, qui ont porté sur les eczémas de cause interne, les dermatoses prurigineuses, les accidents à base anaphylactique, allergique, idiosyncrasique.

Le sel de Sr utilisé a été le sel organique 418 Sr (voir l'analyse antérieure).

Dans les eczémas, les résultats ont été satisfaisants : sédation des phénomènes aigus, espacement des récidives, ainsi que leur atténuation, apaisement du prurit, souvent dès la première ou deuxième injection, diminution ou même disparition du syndrome d'hypersensibilité.

Mais l'action du 418 Sr n'a pas été dans ces recherches, constante, ni très efficace ; en général, elle s'est montrée inférieure à celle désormais bien connue et attestée des sels de Ca. Seulement dans certains cas, et, fait curieux, dans quelques récidives survenant chez le même sujet, le 418 Sr a exercé une action thérapeutique notable, alors que précé-

demment, il s'était montré inefficace, et justement dans ces cas où le sel homologue de Ca, primitivement très actif, était devenu par la suite sans action. C. ne peut donner aucune explication de ce comportement si spécial et étrange, car toutes les recherches, même les plus délicates n'ont pu aboutir à déterminer, entre les différents cas, des différences qui auraient pu expliquer ces variations thérapeutiques.

C. termine par ces deux conclusions :

1. Le 418 Sr peut exercer une certaine action sur certaines formes morbides déterminées, mais toutefois son efficacité n'est ni constante ni intense.

2. On peut avoir recours à ce médicament quand le Ca n'a pas donné les résultats espérés, ou quand il serait inopportun de l'employer chez certains sujets, à cause des réactions nocives qu'il peut provoquer sur le cœur ou l'appareil circulatoire. BELGODERE.

L'élimination urinaire du bismuth, du mercure et de l'arsenic, et son importance pour le diagnostic médico-légal de la syphilis, par G. SANTORI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 2, avril 1930, p. 531. Bibliographie.

L'auteur s'est proposé d'étudier l'élimination urinaire du bismuth, du mercure et de l'arsenic et d'en rechercher la valeur au point de vue du diagnostic médico-légal de la syphilis. Il rapporte les principales données enregistrées dans la littérature et les résultats des expériences qu'il a effectuées sur environ 300 sujets.

L'élimination urinaire du Bi après des cures antiluétiques à base de préparations insolubles, se produit d'une manière assez lente et peut être suivie pendant un temps très long après la fin du traitement (jusqu'à 18 mois pour le Salbiolo, en employant la méthode des stannites alcalins de Ganassini-Lombardo).

Par contre, on ne parvient pas, sauf dans des cas très rares, à démontrer la présence du Bi dans l'urine après administration de préparations insolubles par voie buccale (sous-nitrate, carbonate, etc.), ni après application de composés bismuthiques par usage externe (dermatol, xéroforme, etc.).

Le mercure lui aussi, s'élimine très lentement après des traitements de préparations insolubles par voie intramusculaire, plus rapidement par l'emploi de sels solubles ; mais, à la différence du Bi, le Hg est facilement absorbé même à travers la peau, le canal gastro-intestinal et les poumons, et même par ces voies, il peut se produire une accumulation de métal dans l'organisme, et consécutivement, une élimination de longue durée. Avec les méthodes de recherche employées, bien que très sensibles (méthode de Almen et méthode de Lombardo), la démonstration du Hg dans l'urine n'est possible que pour un temps beaucoup plus court que pour le Bi.

Les composés arsenicaux employés pour le traitement de la syphilis s'éliminent très rapidement, qu'ils soient injectés par voie intraveineuse

ou intramusculaire. Déjà trois semaines après une série de néosalvarsan, il ne reste que des traces d'arsenic dans les urines (méthode de Senger et Black et réaction de Gutzeit) ; d'autre part, des traces d'As peuvent se trouver dans l'urine même accidentellement.

Au point de vue du diagnostic médico-légal de la syphilis, la démonstration du Bi dans l'urine a une grande importance, d'autant plus que les injections de Bi se pratiquent presque uniquement dans la syphilis (rarement aussi dans le paludisme et quelques dermatoses). A la présence de Hg, on ne peut attribuer une valeur que s'il est possible d'exclure ses indications morbides en dehors de la syphilis, dans lesquelles le plus souvent sont employées des préparations mercurielles de facile absorption (spécialement les injections de Novasurol dans les cas d'hydropisie et d'ascite ; irrigations urétro-vésicales d'oxycyanure de Hg, en cas d'urétrite ; calomel par la bouche comme purgatif et diurétique). Quant à l'As, sa très vaste application en thérapeutique et la possibilité de le trouver dans l'urine sous forme de traces, même dans des conditions physiologiques, rendent la valeur de sa démonstration dans l'urine presque nulle au point de vue du diagnostic médico-légal de la syphilis. BELGODERE.

Recherches histologiques sur la peau humaine irradiée avec des doses Rœntgen sub-érythème, par G. BERTACCINI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 3, juin 1930, p. 593, 11 fig. Bibliographie.

Au cours des travaux antérieurs, sur les processus déshydrogénisants dans la peau soumise à des excitations physiques variées (voir les analyses dans le numéro de janvier 1930, p. 132, et dans le numéro de juillet, p. 810), B. a constaté une diminution des oxydations à la suite d'applications de rayons Rœntgen, à dose sub-érythème, chez le lapin. Il s'est donc demandé si, au trouble fonctionnel cellulaire, exprimé par cette diminution des oxydations, correspondait une altération histologique appréciable. C'est pour vérifier cette hypothèse qu'il a entrepris une série d'expériences.

Il a irradié, avec la moitié, puis avec les deux tiers de la dose érythème 8 champs de 8 centimètres carrés, chez 5 sujets atteints de dermatoses, en peau d'apparence saine éloignée des territoires malades, soustraite aux excitations externes. Puis, il a pratiqué 30 biopsies : 1° sur peau irradiée, après 7-8 heures, 1, 2, 4, 5, 10, 15, 20, 35, 40 jours de distance de l'irradiation ; 2° sur peau homologue protégée (chez 2 sujets), à titre de contrôle ; sur peau normale avant irradiation (chez 3 sujets).

Il a constaté des altérations peu importantes, consistant en infiltrations parvi-cellulaires, péri-vasculaires et péri-folliculaires et surtout en dilatations et congestion des petits vaisseaux. Ces altérations visibles déjà au bout de quelques heures, augmentent légèrement dans les premiers jours et persistent à peu près sans changement pendant 35-40 jours après l'irradiation. Après 20-30 jours on constate un amincissement de l'épiderme.

Comme les différences sont *très sensibles* entre la peau irradiée et celle qui est prélevée avant l'irradiation, et au contraire *peu sensibles* entre la peau irradiée et la peau *protégée*, il est vraisemblable que cette dernière, en dépit de l'appareil protecteur, reçoit une certaine quantité, plus faible cependant, de radiations, ou bien qu'elle est impressionnée par des *radiations secondaires*, ou bien que la protection est insuffisante. BELGODERE.

Papillomatose cutanée et muqueuse développée rapidement chez un sujet atteint de carcinome du cardia, par E. SCOLARI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 3, juin 1930, p. 614, 19 fig, 2 pages de bibliographie.

L'auteur rapporte le cas d'une femme de 74 ans chez laquelle se manifestèrent, en quelques semaines, d'innombrables efflorescences papillomateuses sur le tégument externe, suivies au bout de peu de temps, de très nombreux papillomes des muqueuses des cavités buccales et pharyngées et de la conjonctive palpébrale, et plus rares sur les muqueuses génitales externes.

Cette femme vint à mourir 9 mois après le début de la dermatose, et sur la table d'autopsie on trouva des végétations de l'œsophage qui, au microscope, se révélèrent comme dues à un processus de très active acanthose. En outre, il y avait un adéno-carcinome gastrique, localisé au cardia avec métastases au foie et aux ganglions régionaux.

L'auteur résume les cas très peu nombreux décrits dans la littérature de papillomatose très diffuse, il évoque les diverses théories proposées de la genèse des papillomes, puis il examine le problème pathogénique de son cas, discutant l'hypothèse d'une interdépendance entre les lésions cutanées et muqueuses d'un côté et la néoplasie gastrique de l'autre. Parmi les dermatoses signalées dans la littérature comme apparues chez des individus atteints de néoplasies malignes internes, l'*acanthosis nigricans* est la seule qui présente des analogies avec le tableau clinique examiné: Les autres dermatoses décrites comme concomitance de tumeurs viscérales sont représentées ou par des maladies bulleuses, ou par des manifestations toxico-exsudatives, ou par des affections où le prurit constitue le symptôme primitif ou prédominant. S. met en évidence les analogies qui existent entre l'*acanthosis nigricans* et son cas, analogies qui intéressent l'aspect morphologique et microscopique des diverses lésions élémentaires. Mais il existe des différences dans le tableau clinique, qui portent sur la distribution des lésions, sur leur mode d'apparition et leur évolution. Il exprime cette conception que, à la base de cette analogie, on puisse admettre dans le cas envisagé un lien de coordination ou de subordination entre la dermatose et la tumeur, comme cela semble prouvé pour l'*acanthosis nigricans*, pour laquelle une telle interdépendance est rendue admissible par la coexistence fréquente des deux sortes d'accidents.

Quant à la nature de ce lien, l'auteur fait remarquer que chez sa

malade, il s'est manifesté une prédisposition à la prolifération pathologique, intéressant diverses organisations cellulaires et que les manifestations actuelles issues de cette aptitude morbide ont assuré un caractère et une évolution différentes selon le siège d'apparition, comme le prouvent les faits suivants : rapidité et date d'apparition des accidents cutanés et muqueux ; début de la cachexie et de l'anorexie en même temps que les lésions du tégument ; dimensions de la tumeur ; lien de continuité entre les lésions de la peau et celles de l'estomac, par l'intermédiaire de celles de la cavité buccale et pharyngée et de l'œsophage ; localisation de la lésion gastrique au cardia, lieu particulièrement propice à l'évolution maligne des processus de prolifération ; tendance des papillomes de la muqueuse gastro-intestinale à constituer le point de départ de carcinomes. BELGODERE.

Un cas de mycétome du pied par Aspergillus niger avec des aspergillides des mains, par B. CARTIA. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 3, juin 1930, p. 638, 5 fig. Bibliographie.

L'auteur, après avoir décrit un cas de mycétome du pied, des lésions fermées duquel il a isolé l'*Aspergillus niger*, rapporte ses recherches expérimentales qui ont eu pour but la confirmation du diagnostic et l'étude du pouvoir pathogène du champignon isolé.

Après une émulsion de spores de ce champignon, il a pratiqué des inoculations expérimentales sur le patient lui-même, en divers points de la peau, et il a obtenu le développement de lésions nodulaires, cliniquement analogues aux lésions spontanées.

Le développement de semblables lésions expérimentales eut pour effet la régression des lésions des pieds et aussi d'une autre variété de lésions que le sujet présentait aux mains, et dans lesquelles il n'avait été possible de mettre en évidence aucune espèce mycotique. C. est porté par suite, à considérer ces lésions des mains comme des aspergillides, c'est-à-dire des lésions liées, non pas à une action directe du champignon, mais à ses produits toxiques.

Ayant obtenu des résultats positifs par les intradermo-réactions pratiquées sur le patient avec de la trichophytine et avec une émulsion de spores de *penicillum glaucum*, il est porté à admettre une action sensibilisatrice, non pas seulement spécifique, mais aussi de groupe, développée par l'*aspergillus niger*.

Sur le cobaye aussi, le champignon isolé s'est montré pathogène, provoquant à doses massives, par la voie sous-cutanée, la mort de l'animal, et à petites doses le développement de lésions de type nodulaire.

Après avoir discuté le diagnostic clinique, en se fondant sur les données objectives et sur les recherches de laboratoire ,C. soumet à un examen critique les résultats des recherches expérimentales et conclut en admettant que l'*aspergillus niger* est capable d'exercer un pouvoir pathogène sur n'importe quel territoire cutané, même par l'intermédiaire

de produits toxiques, et de déterminer des phénomènes allergiques dans l'organisme humain. BELGODERE.

Sarcome endothélial solitaire cutané (Note clinique et histologique), par G. CHIALE. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 3, juin 1930, p. 652, 4 fig. Bibliographie.

Cas de sarcome endothélial cutané solitaire, caractérisé cliniquement par l'apparition, chez une jeune fille de 18 ans, au tiers supérieur externe de la face de flexion de l'avant-bras droit d'un nodule indolent, localisé dans le derme profond, plutôt dur, mobile sur les plans sous-jacents ; la peau correspondant à ce nodule était rouge cyanotique, lisse, luisante.

Le début de la lésion a été silencieux, l'évolution assez lente. Au moment de l'ablation, le nodule, présent depuis 3 ans, avait la grosseur d'une noisette. Pas de réaction ganglionnaire, pas de métastase.

Les caractères cliniques de la tumeur portent à envisager, au point de vue du diagnostic différentiel, les granulomes inflammatoires et les néoplasmes qui, au point de vue morphologique et clinique se rapprochent le plus de la lésion envisagée. Ces derniers cependant en diffèrent profondément au point de vue des caractères histologiques. Ceux-ci, en effet, permettent d'identifier cette lésion au sarcome endothélial. à cause de l'aspect typique des cellules tumorales, de leur disposition en petits groupes, en cordons, en alvéoles ou en nids, qui réfléchit la dérivation de la néoplasie de l'endothélium des capillaires et probablement aussi, des lacunes et des vaisseaux lymphatiques. Ce qu'il y a de remarquable dans ce tableau histologique, c'est aussi la présence de nombreuses cellules géantes atypiques, de cellules à plusieurs noyaux et avec figures de mitose ; remarquables aussi sont les altérations profondes aux dépens du collagène et de l'élément élastique. L'aspect histologique, à type de néoplasme malin contraste avec l'évolution favorable de la lésion ; mais un tel contraste s'observe souvent dans les endothéliomes, comme dans les autres tumeurs cutanées.

BELGODERE.

Etude d'un sel organique de strontium (Troisième partie : le 418 Sr dans tabès dorsal), par E. CIAMBELLOTTI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 3, juin 1930, p. 670. Bibliographie.

C'est la suite des travaux qui ont déjà fait ici l'objet de deux analyses. C. passe des recherches scientifiques et expérimentales aux applications pratiques. Il a employé le sel organique de strontium dit *418 Sr* dans le traitement du tabès et, plus spécialement, pour le traitement des douleurs des tabétiques, parfois si violentes et contre lesquelles le praticien est trop souvent impuissant. Il rapporte l'observation très démonstrative d'une malade, chez laquelle des injections hebdomadaires intraveineuses de 418 Sr amenèrent une sédation très remarquable des douleurs.

D'autres expérimentateurs, qui ont fait les mêmes essais sur leurs malades, lui ont communiqué également des résultats aussi encourageants. Il peut donc affirmer que le 418 Sr apaise, dans une mesure très appréciable toujours, complète très souvent, les douleurs des tabétiques, quels que soient leur ancienneté, leur siège, leur caractère. L'action est très rapide, parfois immédiate, cette action dure un temps variable, puis s'efface et les douleurs reparaissent, quoique habituellement moindres, et il ne se produit pas d'accoutumance au médicament, car la reprise du traitement amène de nouveau les mêmes effets favorables. Les doses à employer varient selon les cas, mais il n'y a pas d'intolérance, même à doses très fortes.

Outre la sédation des phénomènes douloureux, on observe aussi une amélioration dans l'état de la sensibilité. On a vu aussi se produire une atténuation d'autres symptômes, tels que l'ataxie, et même une amélioration des réactions sérologiques. Toutefois, C. n'ose affirmer que son produit ait une action spécifique, il est en effet resté sans action sur les accidents de la période secondaire.

Aussi, le mécanisme d'action est-il obscur. C. pense à une action aspécifique. Les recherches de Comel (voir les analyses antérieures) ont démontré une action élective du Sr pour le système nerveux central ; il est donc possible qu'il provoque, au niveau des racines postérieures et antérieures, des réactions, des altérations d'ordre fonctionnel et biologique, une sorte de choc local, d'où résulterait la cessation des douleurs, alors même que le processus luétique poursuivrait sa marche fatale et progressive.

Si, pour le moment, il ne semble pas que l'on puisse exploiter pratiquement une activité tréponémicide du 418 Sr, on peut, en tout cas, l'associer aux traitements spécifiques habituels. On peut admettre en effet, qu'il exercerait sur le tissu nerveux une action de mordançage qui favoriserait l'effet des médicaments spécifiques. C. recommande cette association, et surtout, il fait appel aux syphiligraphes pour qu'ils expérimentent largement une méthode qui lui apparaît pleine de promesses. BELGODERE.

La desquamation estivale en aires des mains est-elle une dyshidrose sèche abortive? par MICHELE ZINGALE. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc 3, juin 1930, p. 695.

On n'est pas parvenu jusqu'ici à résoudre le problème de l'étiologie de la dyshidrose, et quelques-uns ont pensé tourner la difficulté en considérant cette dermatose comme dépourvue d'individualité, comme un *syndrome* dont l'apparition dépendrait de causes très diverses. Mais en réalité, cette conception aboutit à embrouiller encore plus la question en faisant grouper sous une même dénomination des affections de diverse nature. Brocq avait protesté contre cette tendance à défigurer les cadres dermatologiques établis sur des observations précises. Les affections d'étiologie variée qui présentent une certaine analogie d'aspect avec la

dyshidrose, en diffèrent en réalité par certains caractères et méritent seulement le nom d'*éruptions dyshidrosiformes*. Ce sont notamment : 1° *la dyshidrose suppurée à type de pyodermite extensive*, de Favre ; 2° *la dyshidrose mycotique* ; 3° *la dyshidrose artificielle professionnelle*. L'auteur indique quels sont les caractères qui séparent ces affections de la dyshidrose vraie, et il décrit les caractères essentiels de cette dernière.

Mais il existe encore un autre type de dermatose localisé aux mains et aux doigts, c'est la *desquamation estivale en aires*, sur laquelle on a discuté et que certains ont voulu considérer comme une variété de dyshidrose. Brocq a combattu cette opinion. L'auteur rapporte son auto-observation : il est sujet périodiquement, à la fin du printemps, lorsque commencent les chaleurs et à la fin de l'été, à cette desquamation en aires, dont il rapporte la cause à une intoxication d'origine gastrique (il est atteint de dyspepsie et d'ulcère gastrique). Il décrit les lésions auxquelles il est sujet et tire de ces caractères une conclusion favorable à l'identification avec la dyshidrose, contrairement à l'opinion de Brocq. Ce serait une dyshidrose avortée. Il recommande comme traitement les lotions avec l'acide chlorhydrique dilué.

BELGODERE.

Les complications nerveuses de la syphilis récente (Seconde note : méningite séreuse luétique), par MARIO ARTOM. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 3, juin 1930, p. 702.

La première publication de cette série d'études sur la syphilis nerveuse a été analysée ici récemment. Elle avait pour objet d'apporter plus de précision dans la classification et la nomenclature des manifestations clinico-humorales qui sont la conséquence de la localisation sur les centres nerveux de l'infection luétique. Mais le Professeur Artom avait montré qu'une schématisation absolue n'est pas possible, parce qu'il existe entre les différents types cliniques des formes de transition, des cas où l'infection luétique donne lieu à des syndromes dont les caractères s'écartent tout à fait des types classés dans les descriptions didactiques.

A l'appui de cette opinion, il rapporte l'observation d'un jeune homme de 26 ans, atteint de la syphilis depuis 18 mois, qui présenta un ensemble de troubles imposants, apparus en quelques jours, consistant en : céphalée très intense, vomissements, vertiges, troubles visuels. Les données de l'examen clinique, de l'examen radiographique du crâne (agrandissement de la selle turcique par hypertension intracrânienne), de l'examen ophtalmologique (œdème de la papille), des examens du liquide céphalo-rachidien (données dont nous ne pouvons rapporter les détails) permirent d'affirmer le diagnostic de cette forme particulière de méningite désignée sous le nom de *méningite séreuse*.

Voilà donc une forme de méningite qui ne rentre pas dans les cadres habituels des différents types décrits de la méningite syphilitique. Et

cependant le jeune homme avait une syphilis récente et on ne pouvait donc pas ne pas se poser la question du rôle possible de la syphilis dans le déterminisme des accidents observés. Et en effet, ce malade soumis à un traitement mixte, spécifique et symptomatique (injections de sérum glucosé hypertonique) guérit rapidement et complètement.

Les causes qui amènent l'exsudation séreuse des ventricules sont très discutées. Trois hypothèses principales : 1° action exercée sur les plexus choroïdes de manière à en modifier la sécrétion ; 2° action exercée sur la barrière hémato-encéphalique, de manière à en modifier la perméabilité ; 3° action exercée sur les capillaires veineux, de manière à diminuer leur faculté de résorption du liquide céphalo-rachidien.

Ces divers mécanismes pathogénétiques peuvent être mis en jeu par des causes très diverses : infectieuses, toxiques, traumatiques, et beaucoup d'autres sans nul doute mal connues.

La syphilis a été rarement incriminée. Le Professeur A. estime cependant que rien ne permet de repousser la conception d'une action luétique mettant en jeu l'un des divers mécanismes invoqués comme facteurs pathogénétiques de la méningite séreuse.

On doit donc, en présence d'une méningite séreuse, penser à la syphilis, la rechercher, et, même si cette recherche est négative, instituer un traitement d'épreuve qui parfois, donnera un résultat brillant, bien que les caractéristiques de cette forme ne correspondent pas à celles qu'il est classique d'attribuer aux méningites luétiques.

Belgodere.

Dysendocrinie syphilitique avec très graves altérations cutanées et squelettiques, par C. Ghislanzoni. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia,* fasc. 3, juin 1930, p. 712, 3 planches et un diagramme.

Les cas de dysendocrinie syphilitique bien démontrés, avec altérations coexistantes de la peau et du squelette, qui puissent être rapportées sûrement à la syphilis, ne sont pas fréquents.

G. rapporte l'histoire d'une jeune fille de 19 ans, vierge, sans aucun antécédent héréditaire ou personnel digne de mention, développée normalement jusqu'à l'âge de 7 ans. A ce moment apparurent des lésions dont la nature fut méconnue, consistant en ulcérations profondes, résistant aux traitements usuels, d'apparition rapide et sans douleur, ni phase inflammatoire aiguë préalable. Ces lésions se succédèrent pendant 10 ans, apparaissant successivement sur tous les points du corps qui était couturé de cicatrices irrégulières, vicieuses, souvent adhérentes. Il y eut déformation de la face, ankyloses articulaires rendant impossible l'usage des bras et des jambes, perte de l'audition, grave état de dépérissement général.

G. vit cette malade et ne douta pas, d'après les signes cliniques, et malgré l'absence de commémoratifs, qu'il s'agit de lésions syphilitiques et ce diagnostic fut confirmé d'une part par la sérologie, d'autre part par la thérapeutique, le traitement spécifique ayant amené une amélioration rapide et considérable.

Mais, en outre des lésions cutanées, articulaires et osseuses (ces dernières importantes et révélées par la radiographie), les recherches entreprises par l'auteur, mirent en évidence de graves lésions qu'il considère comme étant sous la dépendance des glandes à sécrétion interne : anomalies anthropométriques (type macrosplanchnique avec tendances hypervégétatives et membres brachytypes). Les épreuves habituelles mirent en évidence un état d'hypothyroïdisme, d'hypopituitarisme et d'hypogénitalisme. Le cœur était infantile, c'est-à-dire avec prévalence du développement de la partie gauche ; caractère également de la formule sanguine, c'est-à-dire avec prédominance des lymphocytes sur les leucocytes. En outre, signes irréguliers et alternatifs de sympathicotonie, de parasympathicotonie, d'hypovagotonie.

Si le traitement spécifique améliora considérablement l'état de la malade, cette amélioration s'accompagna cependant d'une adiposité marquée que l'auteur attribue à un état d'hypopituitarisme, dû sans doute à des lésions spirochétiques hypophysaires. Aussi, en outre du traitement chimiothérapique de la syphilis, un traitement opothérapique pluri-glandulaire fut-il institué.

Une photo de la malade prise dans son enfance, avant l'apparition des lésions gommeuses, montre une enfant tout à fait normalement développée. Aussi, pour G., ne fait-il aucun doute que c'est bien l'infection luétique qui est la cause des troubles du développement par altération des centres qui président au développement du corps humain.

Belgodere.

Syphilis maligne hémorragique (Considérations sur la pathogénie), par T. Scommazzoni. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 3, juin 1930, p. 726, 8 fig. Bibliographie.

S. fait remarquer que le concept de syphilis maligne n'a pas été envisagé sous le même angle par les syphiligraphes des diverses époques et des divers pays et qu'il en est résulté un peu de confusion. Il en donne la preuve en passant en revue les descriptions faites par les maîtres les plus autorisés. La vraie *syphilis maligne précoce* est celle qui a été décrite récemment par Queyrat, caractérisée par : 1° apparition précoce après le syphilome initial de lésions ulcéreuses de la peau et des muqueuses ; 2° absence de tréponèmes dans les lésions ; 3° apparition tardive de la réaction de Bordet-Wassermann ; 4° état général grave : fièvre, anémie, cachexie ; 5° faible efficacité du traitement spécifique.

S. rapporte l'histoire d'un malade qui correspond tout à fait à cette dernière conception : jeune homme de 21 ans, typographe, qui présentait des lésions hémorragiques ulcérées, disséminées sur tout le corps. En outre, il y avait de grosses complications viscérales : néphrite. gastrite et entérocolite hémorragique. Le tableau clinique avait débuté par de graves prodromes de caractère général : fièvre élevée, céphalée, douleurs musculaires et articulaires, inappétence, insomnie, cachexie.

Recherche des tréponèmes plusieurs fois répétée, négative. Réaction de Bordet-Wassermann positive. Le traitement spécifique se montra lent dans son action ; toutefois, la guérison put être obtenue, mais la néphrite persista.

L'examen histologique des lésions cutanées révéla de graves altérations des parois vasculaires, avec dégénérescence et prolifération de l'endothélium, formation de thrombi, infiltration de la musculeuse et de l'adventice, rupture même de la paroi et hémorragie interstitielle consécutive.

L'auteur énumère les différentes hypothèses qui ont été émises pour expliquer cette évolution si particulière de certains cas de syphilis : 1° virulence du germe ; 2° associations microbiennes ; 3° absence de la réaction glandulaire qui atténue la gravité de l'attaque ; 4° nature du terrain : ascendance, constitution du sujet, antécédents infectieux ou toxiques.

Les conceptions modernes sur l'immunité ont fait surgir une autre théorie, la *théorie allergique et immunitaire*. L'allergie, dans la syphilis, est plus histiogène qu'humorale, et une de ses localisations de prédilection est la paroi des vaisseaux. Or, dans le cas rapporté, les examens histologiques ont montré l'importance des lésions vasculaires, qui sont manifestement les lésions essentielles, les autres n'étant qu'accessoires. S. en conclut que les lésions si accentuées qui caractérisent la syphilis maligne doivent ce caractère à leur nature allergique.

Mais pourquoi de telles réactions se manifestent-elles seulement chez certains sujets ? Le malade en question était typographe et par conséquent suspect d'intoxication saturnine, qui s'attaque elle aussi avec prédilection aux vaisseaux, et chez son malade, la néphrite ne s'est pas améliorée par le traitement spécifique parce que peut-être c'était une néphrite saturnine. S. pense que cette intoxication a été dans le cas rapporté la cause prédisposante qui a mis les vaisseaux dans un état de moindre résistance. Belgodere.

Bubon vénérien et lymphogranulomatose inguinale subaiguë, par F. Maccari. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 3, juin 1930, p. 741, 2 fig. Bibliographie.

Dans le groupe des grosses adénopathies que l'on englobe en général sous le nom d'adénopathies *strumeuses*, et qui sont généralement considérées comme un mode particulier de réaction ganglionnaire lié à un terrain tuberculeux. Nicolas, Durand et Favre, ont, en 1913, isolé une forme spéciale, la *lymphogranulomatose inguinale subaiguë* ou *lymphogranulome vénérien*.

M. rappelle les discussions auxquelles cette maladie nouvelle a donné lieu et qui est loin d'avoir reçu une homologation unanime. Il y a deux graves lacunes dans le tableau de cette quatrième maladie vénérienne : d'une part, l'agent pathogène en est inconnu ; d'autre part, elle ne possède aucun signe pathognomonique : son tableau clinique

peut être simulé de tous points par d'autres infections ganglionnaires de nature indiscutable.

Aussi certains auteurs, entre autres Milian, contestent-ils l'individualité étiologique de la maladie de Nicolas-Favre et lui refusent-ils le droit de cité.

M. rapporte un cas observé par lui : jeune homme à mauvais état général, suspect de tuberculose (pleurite), atteint à l'aine droite d'une adénite vénérienne subaiguë à évolution lente, mais qui finit par guérir.

Mais, après cette guérison, survint du côté opposé, à l'aine gauche, une adénopathie semblable à la première, volumineuse, et la tuméfaction gagna même les ganglions iliaques. Au point de vue clinique comme au point de vue histologique, cette affection reproduisait tout à fait le tableau de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë telle qu'elle a été décrite. Cette adénite vint à s'ouvrir en plusieurs points, avec orifices fistuleux, comme il est d'usage, mais sur les bords de ces orifices, on vit apparaître des ulcérations qui avaient tous les caractères d'ulcérations chancrelleuses ; en outre, la masse ganglionnaire subit une fonte purulente totale. Les divers soins donnés jusqu'alors n'avaient donné que des résultats très vagues ; l'apparition des ulcérations chancrelleuses fit naturellement employer le Dmelcos et alors on vit, non seulement les ulcérations se cicatriser, mais aussi toute la masse ganglionnaire, inguinale et iliaque, se résorber complètement, et une guérison parfaite fut obtenue.

Donc, chez ce malade, une infection chancrelleuse indubitable avait reproduit de tous points le tableau de la lymphogranulomatose. M. n'en conclut pas que celle-ci n'existe pas comme entité nosologique, mais il conclut que le tableau clinique et anatomo-pathologique peut être reproduit par une autre infection et qu'il s'agit là d'un mode de réaction spécial dû au terrain ou à un pouvoir réactif particulier, ou à un état de moindre résistance. BELGODERE.

D'une curieuse découverte rœntgénologique chez une convalescente d'arthrite gonococcique du genou (Comparaisons avec la myosite ossifiante circonscrite de Küttner), par R. CASAZZA. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 3, juin 1930 p. 755, 5 fig. Bibliographie.

L'auteur étudie le cas d'une malade de 20 ans, atteinte de blennorragie compliquée de rhumatisme, localisé à un poignet et au genou droit. Dans cette dernière localisation, l'arthrite se présentait sous la forme phlegmoneuse, avec accidents locaux et généraux alarmants. Ces phénomènes s'amendèrent, mais par la suite, la palpation révéla la présence, au niveau du genou, au-dessus de la rotule, d'une masse globuleuse, bosselée, dure, ligneuse, qui semblait embrasser le fémur sur une hauteur de 10 centimètres. Cette tuméfaction fit l'objet de multiples examens radiologiques, faits en série à diverses époques de l'évolution et dont l'auteur rapporte les particularités que nous ne saurions

résumer, mais qui mirent en évidence, au niveau de la zone d'induration perceptible à la palpation, la présence d'opacifications telles que celles que donne le tissu osseux.

Il discute la nature de cette affection, et conclut à sa nature gonococcique, après avoir éliminé toutes les autres étiologies possibles. Il discute également le siège de cette lésion et conclut qu'elle siège dans un ventre musculaire, après avoir éliminé les diverses autres localisations possibles ; parmi les éléments du muscle, c'est au niveau du tissu conjonctif interstitiel et périphérique (*périmysium*) que se développe la néoformation. Il s'agit donc d'une *myosite gonococcique*. Mais C. fait remarquer qu'il n'a pas trouvé dans la littérature de cas de cette variété de myosite qui soit superposable au sien : il s'agit en général de simples myalgies, de formes infiltratives, parfois suppurées, mais non de formes aboutissant à un *processus ossifiant*, donnant une opacité aux rayons X, comme dans le cas observé.

C. étudie ensuite les différents types de myosite ossifiante qui ont été décrits : il y a d'abord la *forme progressive*, qui envahit successivement tous les muscles et les *formes circonscrites*, dans lesquelles rentre le cas étudié. Ces dernières ont été particulièrement étudiées par Kuttner, qui les a classées en trois catégories : 1° *traumatique* ; 2° *nerveuse* ; 3° *non traumatique*.

C'est à cette dernière variété que son cas semble devoir être rapporté ; parmi les causes qui peuvent la provoquer, on admet entre autres les causes infectieuses, et ce serait l'infection gonococcique qui aurait provoqué le processus ossifiant chez la malade de C. non pas par l'intermédiaire de la toxine comme il arrive pour certaines complications gonococciques, mais par action directe sur le muscle du gonocoque venu de l'articulation par la voie lymphatique.

Belgodere.

Filariose guérie par traitement aurique et malarique, par Neuber (de Debreczen). *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 3, juin 1930, p. 771, 2 fig.

Se reporter à une analyse antérieure parue dans le numéro de janvier, p. 128. L'auteur y rapportait un cas de filariose observé à Hadjunadas (Hongrie), premier cas de filariose constaté dans un pays tempéré, et qui avait pour origine le contact pendant la guerre avec des soldats turcs. On ne connaît aucun traitement efficace de la filariose. Après avoir essayé des traitements locaux et le traitement général par l'arsénobenzol, sans grand succès, N. eut l'idée d'employer le traitement aurique. Le malade reçut donc 11 injections de *Solganal*, qui amenèrent une amélioration appréciable de l'état local et général, mais occasionnèrent une dermatite qui nécessita l'interruption de ce traitement, et qui guérit du reste au moyen de 10 injections intraveineuses de thiosulfate de soude. N. eut ensuite l'idée d'utiliser la malariathérapie, puisque l'on sait que la fièvre entrave la vitalité des filaires. Et en

effet, après 7 accès malariques, les lésions locales guérirent à peu près complètement, en même temps que l'état général était tellement amélioré, que le malade put reprendre son travail, qu'il avait interrompu depuis 6 ans. BELGODERE.

Expériences sur l'épilation du cuir chevelu par l'action combinée du thallium et des rayons Rœntgen, par G. MANTARRO *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 3, juin 1930, p. 775.

Dans le traitement de la teigne, les deux méthodes concurrentes de dépilation, chimique par le Tl, et physique par les rayons X, présentent l'une et l'autre des dangers à cause du faible écart qui sépare leur dose thérapeutique de leur dose nocive. Buschke a soutenu que, si on employait les deux méthodes à des doses inférieures à celles qui sont habituellement utilisées et qui isolées seraient sans efficacité, cette association devenait efficace parce que les effets des deux méthodes s'additionnaient, les effets thérapeutiques seuls et non les effets nocifs. Ainsi pourrait-on, par cette association, se mettre à l'abri des inconvénients de l'une et l'autre méthode. La proposition de Buschke n'a pas eu grand écho.

Cependant, en Italie, à Pérouse, Bellucci a fait des essais qui ont apporté une confirmation aux idées de Buschke.

Ce sont des expériences analogues que rapporte l'auteur. Il a traité deux séries de malades :

Une première série de 9 enfants teigneux chez lesquels on a employé seulement la moitié des doses usuelles de Tl et de rayons, soit 4 milligrammes de Tl par kilogramme et 2H et demi de rayons. Les résultats ont été bons en ce sens que l'on n'a constaté aucun ennui imputable au médicament. Mais cependant la dépilation n'a pas été parfaite : il est resté chez certains sujets quelques touffes de poils qu'il a fallu extirper par la dépilation manuelle, du reste beaucoup plus facile après ces applications.

Une seconde série a compris 20 enfants teigneux : chez ceux-ci, l'auteur suspectant que le résultat incomplet de sa première série était dû plutôt à une déficience du Tl que des rayons, les a soumis encore à la demi-dose de rayons, mais pour le Tl il a dépassé légèrement cette proportion : 5 milligrammes au lieu de 4. Ainsi les résultats ont été très satisfaisants et le nombre de dépilations incomplètes a été beaucoup moindre.

Il conclut donc que la méthode mixte préconisée par Buschke est recommandable et souhaite que beaucoup d'autres dermatologistes en fassent l'essai. BELGODERE.

La peau dans ses rapports avec l'organisme. Individualité de la peau. Corrélations endocrines (Leçon tenue au cours de spécialité de dermatologie : 1928-1929), par COMEL. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 3, juin 1930, p 786. Bibliographie.

Les leçons de C. sur la physiologie cutanée, dont nous en avons déjà

analysé plusieurs, présentent un grand intérêt et sont d'une haute tenue scientifique, mais la complexité des problèmes étudiés se prête peu au cadre rétréci d'une analyse ; ces leçons doivent être lues dans le texte original.

Il y a participation étroite entre « l'organe peau » et la constitution individuelle de l'organisme animal ; celui-ci possède une individualité biologique hautement développée et finement différenciée ; de même, la peau d'un individu constitue pour un autre individu un tissu tellement hétérogène, que nous ne parvenons pas à faire prendre une greffe, même dans les cas d'étroite parenté entre deux sujets.

C. fait alors une étude des différents types de greffe cutanée, car cette étude est en effet une de celles qui mettent le mieux en évidence l'individualité des organes. Greffe autoplastique : transport de la peau du sujet sur le sujet lui-même. Greffe homoplastique : transport de la peau d'un sujet à un autre de même espèce. Greffe hétéroplastique : transport de la peau d'un sujet à un autre d'espèce différente. Greffes épidermiques ; greffes de Tiersch.

Les greffes autoplastiques exécutées avec une technique correcte, réussissent presque toujours. Au contraire, les greffes homoplastiques échouent le plus souvent. Influence de la consanguinité : entre sujets consanguins, la greffe homoplastique réussit parfois. Étude histologique des réactions des tissus au niveau des greffes.

Les mécanismes desquels dépend la destruction et l'élimination des tissus hétérogènes, comme c'est le cas dans la greffe homoplastique, sont le fil d'Ariane de l'étude de la constitution biochimique de l'individu et de l'individualité des tissus.

Mais ces mécanismes sont encore bien obscurs. *Théorie de l'athrepsie* d'Ehrlich : chaque individu élaborerait des substances nutritives particulièrement adaptées à ses propres tissus, et ces substances indispensables feraient défaut au greffon transporté chez un autre sujet. — *Théorie de l'insuffisance quantitative*, basée sur ce fait que la greffe homoplastique réussit parfois si le greffon reste rattaché à son pédicule vasculaire. — *Théorie des poisons spécifiques* fabriqués par les tissus. — *Théorie basée sur les expériences d'immunité acquise* : des greffes homoplastiques ont pu réussir chez des sujets dont le système réticulo-endothélial avait été bloqué par la méthode des colorations vitales ; ce qui donne corps à l'hypothèse que la constitution biochimique individuelle serait protégée contre les substances vivantes étrangères par des fonctions analogues à celles dont dépend l'immunité.

Mais l'individualité de l'organe peau ne l'empêche pas de faire partie intégrante de l'organisme en général et d'avoir des relations fonctionnelles étroites avec les organes qu'il recouvre. Un homme peut perdre les deux bras et les deux jambes et survivre ; il succombe par la destruction de la peau seule qui recouvre ces quatre membres. Les fonctions de la peau ne peuvent donc se concevoir qu'en tant qu'or-

gane uni au reste de l'organisme non comme organe isolé. L'importance de ces relations est mise particulièrement en évidence par les découvertes modernes de l'endocrinologie et aussi de l'immunologie, par exemple par le fait que la vaccination jennérienne intracutanée protège contre la variole, tandis que la vaccination sous-cutanée demeure inefficace ; et l'on sait l'importance du rôle attribué par Hoffmann à l'*exophylaxie*.

A propos des rapports de la peau avec les organes endocrins, on s'est d'ailleurs demandé si la peau elle-même n'élaborait pas des hormones. Discussion de cette question. Nature des relations peau-endocrines : elles sont directes pour les unes, indirectes pour les autres et dans ce dernier cas, l'intermédiaire est le système organo-végétatif.

Dans la dernière partie de cette leçon, C. passe en revue les répercussions sur l'organe cutané des dysfonctions, hypofonctions et hyperfonctions du système endocrin. Troubles des surrénales, de la thyroïde, des glandes génitales, de l'hypophyse, de l'épiphyse, et étude clinique et histologique des altérations de la peau qui les accompagnent.

Dans ces différents cas, la coexistence des troubles cutanés et des troubles généraux connus comme étant la conséquence des dysfonctions glandulaires, rend la relation de cause à effet vraisemblable et probable, mais cependant, ces relations sont tellement complexes, qu'il règne encore dans ces questions beaucoup d'obscurités.

Bien plus obscurs encore sont les cas où on se trouve en présence de dermatoses dans la pathogénie desquelles on a fait, un peu hâtivement, intervenir des influences endocriniennes, alors que la lésion cutanée ne s'accompagne pas nettement des troubles fonctionnels habituels qui sont considérés comme ayant une cause endocrinienne.

C. recommande la prudence en pareille matière et le retour aux principes de la science expérimentale ; et il donne lui-même l'exemple de cette prudence en s'abstenant de pénétrer dans ce domaine, se contentant de rappeler quelles sont les dermatoses qui sont plus particulièrement et avec les apparences les plus solides, rapportées à des dysfonctions génitales : érythème multiforme exsudatif ; dermatite dysménorréique symétrique ; urticaire menstruelle ; acné vulgaire ; *prurigo gestationis* ; *herpes gestationis* ; impétigo herpétiforme.

BELGODERE.

XXVIe Congrès annuel de la Société italienne de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Ce Congrès s'est tenu à Rome les 24, 25, 26 avril 1930.

Deux questions étaient soumises aux discussions de ce Congrès :

Première question : *Rayons X et Radium en Dermatologie.* Rapporteur : Professeur CAPELLI.

Deuxième question : *Aspects actuels de la syphilis.* Rapporteur : Professeur Mibelli.

Voici le résumé des deux rapports officiels :

Rayons X et radium en dermatologie, par Capelli.

L'auteur a tenu à limiter son exposé à une simple synthèse des acquisitions les plus importantes dans le domaine de la radiobiologie et de la radiothérapie dermatologique. Après avoir rappelé les hypothèses sur le mécanisme d'action physique des radiations, il traite de leur influence exercée sur les organismes unicellulaires, des facteurs divers qui déterminent la radiosensibilité de la cellule, des tissus, des organes et en particulier de la peau. Il expose synthétiquement les caractéristiques clinico-anatomiques communes et différentielles des réactions aux rayons Rœntgen et au Radium de la peau saine, en insistant particulièrement sur les questions d'hypersensibilité, de sensibilisation, ainsi que sur la particulière réactivité de la peau atteinte d'altérations pathologiques diverses. Passant ensuite à la partie clinique, après un bref exposé des divers mécanismes d'action locaux et généraux des radiations qui peuvent être utilisés en thérapeutique, il passe en revue les diverses dermatoses, pour chacune desquelles il trace les limites d'action et précise les indications des applications radiothérapiques, arrivant aux conclusions suivantes :

L'emploi des rayons Rœntgen et du radium en dermatologie présuppose et exige, pour l'indication et l'application thérapeutique une connaissance adéquate du mécanisme d'action et de la technique d'application des radiations, ainsi qu'une appréciation exacte du syndrome cutané.

Les conceptions actuelles relatives aux déplacements électroniques dans la sphère du système atomique nous offre une interprétation très suggestive des intimes et profondes altérations physiques produites par les radiations dans la matière vivante, capables d'aboutir à travers des modifications structurales et des déviations fonctionnelles encore susceptibles de réparation, à une désagrégation et à une mortification complète.

Les recherches anatomo-biologiques pratiquées sur les organismes unicellulaires et sur les tissus, particulièrement sur la peau, nous montrent les diverses déviations qui en résultent dans les processus normaux de constitution et d'évolution anatomo-chimique, en mettant en évidence l'action abiotique à laquelle sont en général plus sensibles les éléments à rythme vital plus actif.

Le phénomène de la radiosensibilité d'un tissu donné est en fonction des diverses sensibilités possédées par les éléments qui le constituent, en rapport avec leur différenciation anatomique, avec l'activité du rythme vital et avec les propriétés consécutives de transformation, d'élimination et d'accumulation de l'énergie radiante observée.

Dans la peau, il faut admettre, à ce point de vue, des différences

entre épiderme et derme et hypoderme, qui ont une grande importance dans le déterminisme des radio-lésions immédiates et tardives.

Les divers degrés de réactions cutanées, dans la gamme étendue des apparences cliniques et anatomo-pathologiques sont en rapport, non pas tant avec la qualité qu'avec les doses des radiations effectivement absorbées et transformées en fonction d'éléments divers : longueur d'onde des radiations, temps d'application, propriétés physico-anatomiques du tissu malade, capables de déplacer d'une manière variable les limites si étroites entre le seuil de tolérance et le seuil de nocivité.

C'est une tâche délicate de la technique radiothérapique de se maintenir au-dessous de cette dernière et d'exploiter le mieux possible les diverses modalités de l'action thérapeutique directe (sur les éléments pathologiques du tissu) ou indirecte, soit locale (réactions histiogènes de compensation) soit générale (réactions secondaires, hémocytologiques, humorales, nerveuses).

Toutes les maladies cutanées n'offrent pas les mêmes conditions pour un traitement radiothérapique, soit pour ce qui a trait à la modalité d'application (siège, étendue, stade de la maladie, etc.), soit pour ce qui a trait aux indications.

Pour certaines, l'action exercée par les radiations est véritablement spécifique (dépilation) ; pour d'autres, elle représente l'élément thérapeutique essentiel capable d'influer sur le facteur prédominant histiogène local (lésions granulomateuses tumorales localisées) tandis qu'elle a seulement la portée d'un correctif symptomatique de valeur diverse selon les syndromes morbides, mais parfois précieux, dans toutes les formes à type éruptif pathogénétiquement liées à un facteur général.

Pour ces dernières, qui sont facilement récidivantes, il est opportun que le traitement radiothérapique ne constitue pas la méthode de première élection, et il est au point de vue pratique, nécessaire que les médecins et les malades soient informés des responsabilités et des dangers qui peuvent résulter pour les uns et pour les autres de traitements répétés entre certaines limites de temps.

Ce rapport a été suivi d'une communication du Professeur Valenti sur *Les principes fondamentaux de la technique radiothérapique en Dermatologie* et d'une discussion à laquelle ont pris part les Professeurs Pasini, Porcelli, Artom et Truffi.

Aspects actuels de la syphilis, par Mibelli.

Le rapport du Professeur Mibelli débute par des considérations d'ordre historique et épidémiologique sur la syphilis, destinées à mettre en lumière l'objet principal de son travail.

I. — La « somme philosophique » que l'auteur a tirée de son étude est exprimée par les éternelles paroles d'Héraclite, lesquelles, si, comme il est probable, se rapportent à l'esprit de l'homme, ne s'adaptent pas mal à un phénomène naturel, qui est esprit lui aussi.

Il voit dans la syphilis un tout unique et indivisible, qui, bien qu'il

puisse se présenter à nos yeux sous des aspects divers, est cependant toujours le même « ou vivante ou morte, ou éveillée ou endormie, ou jeune ou vieille » puisque « ces aspects changés sont ceux-ci, et ceux-ci sont ceux-là d'autrefois ».

C'est la conviction de l'auteur que la syphilis ne soit pas du tout changée à travers les siècles ; elle s'est montrée à nos ancêtres comme elle se montre à nous, elle a subi d'apparentes modifications périodiques, sans jamais perdre la capacité de se reproduire telle qu'elle est en tout temps et en tous lieux.

II. — Étant entendu que la syphilis peut se montrer sous des aspects cliniques divers, pour distinguer et classer ces variétés, l'auteur a choisi un critère capable d'assurer cette distinction d'une manière claire et logique. Le critère qu'il a choisi est celui de la gravité clinique, gravité rapportée non pas à un symptôme ou à un groupe de symptômes, ou, pis encore, à une localisation du virus ou à une série de localisations, mais bien à toutes les expressions de la maladie et à toute son évolution. Par gravité clinique, il a entendu, non pas la gravité d'altérations fonctionnelles éventuellement consécutives à telle ou telle localisation du virus, mais bien la gravité inhérente au processus dans sa constante capacité destructive locale, dans sa capacité de léser l'état général, et dans les caractères de l'évolution.

Entre la syphilis ultra-maligne, mutilante et destructive, soit dans ses manifestations initiales, soit dans ses manifestations tardives, et la syphilis ultra-bénigne qui évolue presque sans symptômes, qui ne connaît pas le tertiarisme mais qui de temps à autre révèle des foyers insidieux qui se sont organisés lentement jusqu'à complète évolution sans jamais se révéler, il existe toute une série de degrés intermédiaires de formes et d'aspects.

Les aspects cliniques, bien qu'ils puissent apparaître divers en tous temps, ont cependant l'habitude de s'intervertir sur la masse des malades de manière à établir un type prédominant qui varie périodiquement en correspondance avec des variations périodiques de changement dans le type épidémique (plus grande ou plus faible diffusion des contagions).

III. — Le critère différentiel adopté par l'auteur pour distinguer les variétés de la syphilis est même un critère historique.

On sait que la première notion que nous avons de la syphilis en Europe est celle d'une syphilis maligne et même très maligne qu'il est inutile de définir encore une fois. Déjà sur les débuts du XVIe siècle, cette syphilis maligne diminue et on a la notion de formes plus bénignes. Toutefois, les notions que les syphiligraphes continuent à nous transmettre du XVIe à la fin du XIXe siècle, au sujet de la syphilis, ont toujours trait à un seul type de syphilis, celui de la syphilis maligne, ou tout au moins de la syphilis grave. Mais de la symptomatologie et de l'évolution de la syphilis bénigne, atténuée, douce, de laquelle cependant nous avons des raisons de soupçonner l'existence d'après de nombreux documents historiques et littéraires, sinon médicaux, nous n'avons

aucun indice. Pendant ce temps s'accumulent les documents cliniques et anatomiques qui complètent et perfectionnent le tableau de la syphilis dans ses localisations viscérales et nerveuses, bien entendu de celles liées à des syphilis graves, et surtout représentées par les phénomènes caractéristiques du tertiarisme.

Le XIXe siècle, pendant que le patrimoine de la syphilis allait en se complétant, vit apparaître trois maladies nouvelles : la paralysie progressive, la syphilis cérébrale et le tabès, dont les rapports avec la syphilis (sauf pour la seconde) n'ont été admis sans discussion que depuis peu de temps seulement.

Vers la fin du siècle écoulé, on commence à tourner son attention vers les syphilis bénignes. Des syphiligraphes comme Diday, comme Lancereaux, décrivent méticuleusement ces formes, caractérisées par des rares symptômes objectifs et subjectifs, par des manifestations facilement réductibles et facilement réparables. A ces formes sont attribuées deux prérogatives : d'être facilement guérissables et de ne pas produire de tertiarisme.

Mais peu d'années après, voici que Fournier s'insurge contre l'habitude qui s'est établie de soigner trop peu les syphilitiques. Fournier montre comment précisément les syphilis les plus légères, la syphilis de rien, sont celles qui donnent le plus grand nombre de métasyphilis.

La symptomatologie essentielle de la syphilis d'aujourd'hui était ainsi constituée.

IV. — Cette syphilis d'aujourd'hui s'est rendue peu à peu plus fréquente sous nos yeux. Rappelons sommairement que, au point de vue épidémiologique, après une longue période de stabilité sans grand changement, on a constaté dans tous les pays européens une augmentation dans la diffusion de la syphilis correspondant à la période qui a suivi immédiatement la guerre, et à laquelle a fait suite une diminution précipitée. Déjà avant la guerre, les formes de moyenne gravité de la syphilis étaient allées se faisant plus rares pour faire place à des formes plus bénignes. Correspondant à la diminution à laquelle il vient d'être fait allusion, on a assisté à une augmentation encore plus grande de ces dernières, qui aujourd'hui se présentent les plus fréquentes à notre observation.

Aux caractéristiques cliniques de la syphilis bénigne actuelle telles qu'elles ont été fixées par les Maîtres à la fin du siècle dernier, certaines doivent être ajoutées pour définir la syphilis d'aujourd'hui. Ces caractéristiques peuvent être brièvement résumées de la manière suivante :

1. Pauvreté des phénomènes subjectifs et objectifs au début et durant les premiers temps de l'infection.

2. Rareté des complications tertiaires.

3. Plus grande probabilité de guérison.

4. Possibilité de fournir, plus ou moins tardivement, des manifestations du côté du système nerveux central (que celles-ci soient entendues comme des localisations directes sur les tissus nobles, soit comme

conséquence de localisations vasculaires) qui ont une évolution extrêmement chronique, presque asymptomatique et qui se révèlent souvent lorsque se sont déjà produits des dégâts irréparables. Ces manifestations sont faiblement influencées par les traitements même les plus intenses, elles n'ont aucune tendance à la résolution spontanée et sont par conséquent très tenaces.

Le médecin cependant, en face de ces syphilis bénignes, tandis qu'il a perdu tout critère pronostique, que les autres variétés de syphilis fournissent généralement, se trouve pendant de nombreuses années dans l'incertitude s'il a à faire avec une guérison ou avec une dangereuse et mystérieuse énigme. Et lorsque le danger s'est déclaré, il est obligé de combattre avec des armes qui ont perdu une bonne part de leur efficacité.

V. — La variété aujourd'hui prédominante de syphilis est de l'avis de l'auteur liée à la présente période chronologique. Elle est en rapport avec la diminution constatée dans la diffusion de l'infection. Nous trouvons donc le même caractère d'atténuation dans l'aspect clinique que nous trouvons dans l'aspect épidémiologique. Le phénomène n'est pas nouveau dans l'histoire de la syphilis. Il rentre dans les possibilités propres à la maladie et à son génie épidémique.

Quant à l'explication qui peut être donnée du phénomène par lequel une variété de syphilis aussi bénigne peut engendrer des manifestations aussi dangereuses pour la santé et pour la vie, le Professeur Mibelli propose de prendre en considération la faible réaction de défense que les tissus et les humeurs de l'organisme mettraient en œuvre vis-à-vis d'une faible virulence. Cette faible réaction ne peut pas être compensée par la qualité et par la quantité des médicaments, attendu que notre expérience clinique nous a démontré que, là où l'organisme n'oppose pas ses propres défenses, celles qui sont préparées par le médecin demeurent vaines (exemple : la syphilis galopante). Cette faible réaction nous rend compte de la plus facile localisation dans des tissus très nobles moins aptes à se défendre, de l'évolution silencieuse et de la ténacité des symptômes.

Sur ce rapport ont discuté les Professeurs Piccardi, Jaja, Tommasi, Pasini, Capelli, Bussalai, de Napoli, Truffi et Tissi.

Belgodere.

Il dermosifiligrafo (Turin).

Dermatoses faciales d'origine dentaire, par C. Ramorino *Il dermosifiligrafo*, 5e année, n° 5, mai 1930, p. 289, 5 fig.

Les troubles réflexes cutanés de la dentition chez l'enfant sont bien connus, les dermatoses d'origine dentaire limitées à la face le sont moins, et surtout leur pathogénie est discutée. Darier les attribue à des causes multiples et complexes, mais particulièrement à la déglutition de produits septiques. R. fait remarquer qu'on ne voit pas bien

dans ce cas quelle serait la cause de la localisation faciale de la manifestation cutanée. Il lui semble plus probable que ces manifestations cutanées sont en rapport avec l'appareil dentaire. Il existe sur la surface cutanée du visage des zones bien délimitées où siègent de préférence ces accidents cutanés, et l'innervation de ces zones présente des rapports systématiques avec l'innervation dentaire. Ces zones ont été étudiées et délimitées dans un schéma connu sous le nom de « schéma de Head ».

Dans cette *théorie réflexogène*, la pathogénie de ces lésions cutanées s'explique sans difficulté quand on songe aux nombreuses connexions du nerf trijumeau, les unes *directes*, puisque certaines fibres nerveuses périphériques des nerfs maxillaires supérieur et inférieur se distribuent aux alvéoles dentaires, aux muscles et à la peau de la face ; les autres *à distance*, par les rapports qui relient les fibres du trijumeau avec les premières paires des nerfs spinaux dans le bulbe rachidien.

Il est probable qu'il s'agit de *névrites infectieuses* entraînant une altération du trophisme cutané ; l'*unilatéralité* des lésions est un signe de grande valeur en faveur de la nature réflexe de ces lésions cutanées faciales. L'auteur rapporte trois observations de ces lésions faciales, dont l'étude clinique et radiologique confirme la théorie réflexogène.

Dans ces cas, la guérison des lésions de la peau survient spontanément aussitôt qu'a été supprimé ou traité le foyer d'infection dentaire ou paradentaire. BELGODERE.

La formule leucocytaire du lupus vulgaire, par Pier Angelo MEINERI. *Il dermosifiligrafo*, 5e année, n° 5, mai 1930, p. 301.

M. poursuit depuis quelque temps des recherches qui lui ont montré que toute excitation de la peau amène des modifications du sang et notamment de la formule leucocytaire du sang qui circule dans la région excitée. Nous avons déjà, dans des analyses antérieures, signalé ces résultats intéressants, qui peuvent être appliqués aussi à l'étude des maladies cutanées. Le présent travail est une application de cette idée au lupus vulgaire, et M. rappelle que Calmette a montré la valeur pronostique de l'éosinophilie dans l'infection tuberculeuse.

Les résultats des expériences faites par M. peuvent se résumer ainsi : la formule leucocytaire du sang circulant dans la peau affectée de lupus vulgaire présente des différences constantes et caractéristiques par rapport à la formule leucocytaire du sang circulant dans la peau saine du même sujet.

Les principales et constantes différences dans la peau malade sont : diminution des éosinophiles, diminution des neutrophiles, augmentation des lymphocytes.

Il existe donc dans le lupus vulgaire une formule leucocytaire ayant ses caractéristiques propres. Ce qui représente un grand intérêt, c'est de voir que le sang modifie son rapport leucocytaire aussitôt qu'il vient à passer dans la peau affectée de tuberculose. Il semble exister ainsi

un *antagonisme* entre la masse du sang et le sang de la lésion, antagonisme qui pourrait être interprété comme une condition de défense.

Ainsi, connaissant le degré d'éosinophilie, peut-être pourrait-on en déduire les conditions de défense d'un territoire cutané déterminé.

Ainsi, peut-être deviendrait-il possible, en stimulant la formation locale d'éosinophiles, de modifier l'évolution de la tuberculose cutanée.

BELGODERE.

Contribution à la connaissance de la syphilis osseuse, par Italo LEVY. *Il dermosifiligrafo*, 5e année, no 5, mai 1930, p. 313, 5 fig.

Deux observations de lésions graves de syphilis osseuse. L'une, chez un homme de 54 ans, atteint de larges placards d'ostéopériostite gommeuse du sternum et des côtes, développées au point d'occasionner une dyspnée assez accentuée. Ces lésions persistaient depuis 5 ans et n'avaient pas été soumises au traitement spécifique, malgré la réaction de Bordet-Wassermann positive, d'une part par suite d'erreurs de diagnostic, d'autre part par suite du refus obstiné du malade. Le traitement mixte arsénobenzolique et bismuthique amena une guérison rapide. L'examen radiologique apporta au diagnostic un secours qui était peut-être du reste superflu.

Le second cas, encore plus intéressant, concerne un homme de 60 ans, dont la syphilis remontait à l'âge de 18 ans et avait été à peine traitée, sans que sa santé en ait d'ailleurs apparemment souffert jusqu'alors. Cet homme fut pris de maux de tête violents et persistants, et, à la pression de la région frontale, on provoquait une dépression de l'os, comme s'il y avait eu à ce niveau un défaut de l'os. La peau du front et de la tête était absolument intacte. La radiographie révéla de vastes lésions de la calotte crânienne, s'étendant sur le frontal et les deux pariétaux sur une étendue de 14 centimètres, de la glabelle à l'obélion. Dans ce dernier cas, sans le secours des rayons X, on n'aurait jamais pu soupçonner cliniquement des lésions de cette importance.

L. fait remarquer que de telles lésions deviennent aujourd'hui des raretés, étant donné la puissance des traitements modernes et leur large diffusion.

BELGODERE.

Une nouvelle préparation d'huile de chaulmoogra pour le traitement de la lèpre : le chausol, par C. RAGAZZI. *Il dermosifiligrafo*, 5e année, no 5, mai 1930, p. 320.

La multiplicité des moyens thérapeutiques qui ont été préconisés dans le traitement de la lèpre indique suffisamment qu'il n'en existe aucun qui donne toute satisfaction. Et c'est encore le vieux remède séculaire, l'huile de Chaulmoogra, qui a retenu le plus la faveur des léprologues. Mais on a cherché à en perfectionner l'emploi, de manière à le rendre, soit plus pratique (capsules), soit plus actif (voie intramusculaire et endoveineuse). Et on a cherché aussi à en extraire des principes actifs : éthers sodiques, éthers éthyliques. Mais, outre que ces produits introduits par la voie intraveineuse, amènent rapidement

l'oblitération des veines, il semble bien que leur efficacité ne soit pas égale à celle de l'huile de Chaulmoogra.

C'est pourquoi l'Institut Opothérapique National de Pise a cherché à mettre au point une préparation d'huile de Chaulmoogra facilement injectable dans les veines, indolore et d'absorption rapide.

Ces recherches ont amené à proposer une présentation nouvelle, le Chausol, qui est une huile de chaulmoogra émulsionnée à l'état colloïdal, dont les grains sont de diamètre inférieur à celui d'un globule rouge, de sorte qu'ils peuvent passer à travers les vaisseaux du calibre le plus fin sans qu'on ait à craindre une embolie graisseuse. Cette préparation présente les avantages des préparations colloïdales : augmentation d'efficacité à cause de la très grande division, diminution des effets toxiques ou caustiques. Le produit est additionné d'un extrait de surrénale afin d'exercer une action stimulante du sympathique pour éviter le danger de réactions anaphylactoïdes qu'on observe parfois à la suite d'injections intraveineuses de chaulmoogra. S'emploie en injections intramusculaires ou intraveineuses par ampoules de 5 centicubes contenant 25 centigrammes d'huile. Ces injections ont été très bien tolérées. Il est trop tôt pour pouvoir parler des résultats thérapeutiques.

Belgodere.

Lésion éléphantiasique des tuniques du pénis et du scrotum, par R. Casazza. *Il dermosifiligrafo*, 5e année, n° 6, juin 1930, p. 361, 7 fig. Bibliographie.

Histoire d'un malade de 69 ans, ancien syphilitique, très peu traité qui présentait un éléphantiasis du scrotum et un peu aussi du fourreau de la verge. Dans les antécédents du malade, on notait des accidents cutanés aigus fébriles à répétition, que le Professeur Majocchi avait diagnostiqués « lymphangite aiguë » et qui semblaient avoir eu pour origine un prurit scrotal. Examen histologique de la peau du scrotum : prolifération conjonctive très accentuée, veines dilatées et thrombosées et présence de figures qui, au premier abord, éveillaient l'idée de cellules géantes, mais qui, à un examen plus approfondi apparurent comme la coupe de vaisseaux lymphatiques dilatés.

En raison des antécédents luétiques, on institua un traitement spécifique : le malade reçut 40 injections de biiodure Hg. Il se produisit une amélioration très considérable des accidents éléphantiasiques, sans préjudice d'une amélioration également notable d'autres troubles de dysfonction hépatique (urticaire, etc.), auxquels le malade était sujet depuis longtemps et qui semblent bien par conséquent avoir eu une origine luétique.

Discutant ensuite l'étiologie de ces lésions éléphantiasiques, C. rappelle quelles en sont les causes les plus habituelles : filariose, streptococcie, tuberculose, grandes infections, carcinomatose, reliquats cicatriciels post-inflammatoires ou chirurgicaux.

Les constatations cliniques et histologiques, après élimination, réduisirent les causes possibles à trois :

1. *Filariose* : mais pas d'éosinophilie, pas de prédominance des dilatations lymphatiques, pas de chylurie, recherche de la filaire dans le sang négative. Donc cette cause doit être écartée.

2. *Streptococcie* : cette étiologie mérite plus d'attention en raison des antécédents lymphangitiques érysipélateux. Elle apparaît donc à l'auteur comme vraisemblable.

3. *Syphilis* : elle peut occasionner l'éléphantiasis, soit par gommes ganglionnaires qui entravent la circulation lymphatique, soit par lymphangite spécifique oblitérante. C. croit que chez son malade, cette étiologie syphilitique doit être admise en particulier la lymphangite oblitérante qui trouve un point d'appui dans les constatations histologiques, et une confirmation dans les résultats favorables du traitement spécifique.

De sorte que le cas étudié présenterait cette particularité intéressante d'être un cas d'éléphantiasis à étiologie double, streptococcique et syphilitique, alors qu'habituellement les accidents de cet ordre ont une étiologie univoque. BELGODERE.

Un cas d'hydradenome éruptif de Jacquet et Darier, par U. CERCHIAI. *Il dermosifiligrafo*, 5e année, nº 6, juin 1930, p. 373, 3 fig.

Description d'un cas d'hydradénome éruptif qui était remarquable : 1° par son ancienneté, malade de 76 ans, début datant de l'adolescence ; 2° par son étendue : toute la partie antérieure du tronc et une partie de la face postérieure. Comme dans les descriptions classiques, l'aspect était celui de syphilides papuleuses, mais il n'y avait pas de collerette de Biett.

L'examen histologique révéla un processus inflammatoire diffus du derme, et, inclus dans ce derme, des corps kystiques limités par un revêtement cellulaire d'une ou plusieurs couches de cellules reposant sur une mince enveloppe conjonctive périphérique. Dans l'intérieur de la cavité, on apercevait une masse de substance compacte acidophile, mélangée à des cellules de desquamation. Sur d'autres points du derme, on constatait des groupes de cellules analogues à celles de la paroi des kystes disposées en amas en forme de boutons ou de cordons.

Ces constatations histologiques imposaient le diagnostic d'hydradénome éruptif. Cette affection est généralement considérée comme de nature nævique.

L'auteur fait remarquer que cette interprétation s'accorde mal, avec un cas comme le sien, à lésions aussi diffuses, et en outre, la théorie nævique n'explique pas le processus inflammatoire du derme qui accompagnait les kystes dans le cas étudié. De plus ce qui s'accorde mal avec l'hypothèse d'un nævus dans une dermatose si ancienne, si exposée aux irritations extérieures et chez un malade si âgé, c'est l'absence de toute trace de dégénérescence maligne.

Enfin le cas rapporté était remarquable par la prédominance des formations kystiques et par la pauvreté en cordons et boutons épithéliaux qui sont pour certains auteurs l'élément caractéristique si bien que Pasini a proposé de dénommer cette dermatose « cellulome épithélial éruptif ».

C. émet l'hypothèse que les kystes seraient le terme ultime de l'évolution de ces cordons épithéliaux, devenus kystes par étranglement, et les formations kystiques seraient prédominantes chez son malade, précisément à cause de l'ancienneté de la lésion, d'où plus grande abondance d'éléments à leur dernière phase de développement.

BELGODERE.

Expériences de traitement de l'épididymite blennorragique aiguë par le sulfoichtyolate d'ammonium, par l'iodure de sodium, par l'autohémothérapie et par le chlorure de calcium, par Filipo CASTOLDI. *Il Dermosifiligrafo*, 5e année, no 6, juin 1930, p. 383. Bibliographie.

L'évolution des idées générales sur le traitement des infections a déterminé une orientation nouvelle des recherches thérapeutiques dirigées contre la blennorragie et ses complications. Contre ces dernières en particulier, la vaccinothérapie et l'immunothérapie aspécifique ont bien donné des résultats parfois brillants, mais inconstants. Seulement, l'inconvénient de ces méthodes est de provoquer des réactions générales qui font parfois hésiter à les utiliser.

Aussi, des recherches ont-elles été entreprises dans des voies différentes. C. a voulu soumettre à un contrôle personnel 4 de ces méthodes qui ont été le plus vantées :

1. *Ichtyol* (ou sulfo-ichtyolate d'ammonium) employé en injections intramusculaires, en solution à 2 o/o, à raison d'une injection de 3 centicubes tous les deux jours (préconisé par Straszinsky, Nowicky et Vainikhovitch). C. a obtenu les résultats suivants : guéris, 81 o/o ; améliorés, 14 o/o ; inchangés, 5 o/o. Il conclut donc que les injections intramusculaires d'ichtyol ont une efficacité non douteuse dans le traitement de l'épididymite blennorragique, et qu'elles peuvent rendre de bons services. Mécanisme d'action peut-être analogue à celui des protéines : modification de l'équilibre colloïdal favorisant la formation d'immuncorps dans les foyers inflammatoires. Ou bien encore action sur le système nerveux végétatif, d'où amélioration rapide des symptômes subjectifs.

2. *Iodure de sodium* employé en injections intraveineuses, à la dose de 2 grammes par jour, mais on peut aller plus loin si le médicament est bien toléré (Recommandé par Wright, cette méthode a été l'objet d'appréciations contradictoires). De ses recherches, C. conclut que l'action est inconstante, relativement lente, parfois nuisible (dans un cas, le NaI a provoqué une urétrite). Mécanisme d'action obscur et fort discuté : peut-être stimulation des mécanismes de défense par réactivation histiogène dans le sens d'une inflammation curative comme dans la méthode de Bier.

3. *Autohémothérapie* (Ravaut, Nicolas et Lacassagne). Effets contestés par divers auteurs. Conclusion de C. : on ne peut contester à cette méthode une efficacité thérapeutique manifeste contre l'épididymite blennorragique aiguë. Le mécanisme d'action a donné lieu à de nombreuses discussions. C. croit que cette méthode n'est qu'une forme de la protéinothérapie aspécifique, car les manipulations du sang, si simplifiées soient-elles, amènent toujours des altérations qui aboutissent à la production de protéines plus ou moins dénaturées.

4. *Chlorure de calcium* (Wright, Radnai, Cowan, Rupel, Eric Stone, etc.). S'emploie en injections intraveineuses quotidiennes de 10 centicubes d'une solution à 10 o/o. Résultats de l'auteur : dans la grande majorité des cas, la douleur s'atténue d'une manière évidente, parfois dès la première injection, toujours à la deuxième, et la tuméfaction diminue d'une manière appréciable à la troisième. 86 o/o de guérisons, 10 o/o d'améliorations, 4 o/o d'échecs. Méthode par conséquent très recommandable. Le mécanisme d'action, très discuté, a donné lieu à des hypothèses tellement nombreuses qu'il serait impossible même de les citer.

En somme, de ces quatre méthodes, seule celle des injections iodurées est d'une efficacité douteuse, mais les trois autres se sont montrées souvent efficaces et l'emploi peut en être conseillé.

BELGODERE.

Vaccinothérapie spécifique de l'ulcère vénérien et de ses complications, par Ugo PALMERA. *Il dermosifiligrafo*, 5e année, n° 6, juin 1930, p. 401.

L'auteur, médecin militaire, fait un historique des divers traitements qui ont été expérimentés dans ces 10 dernières années contre le chancre mou et qui ont abouti au traitement par la vaccinothérapie spécifique au moyen du vaccin de Nicolle ou Dmelcos. Voulant se rendre compte par lui-même des effets de cette thérapeutique, il a soumis au traitement par le Dmelcos 20 militaires soumis à ses soins et atteints de chancres mous avec ou sans complications. Voici quelles sont ses conclusions :

1. Le vaccin de Nicolle est le remède le plus efficace dans le traitement du chancre mou et de ses complications.

2. Il donne de brillants résultats, s'il est employé précocement, dans les complications, qu'il réussit à éviter ou à atténuer ou à abréger sensiblement dans leur décours si elles sont déjà apparues.

3. Bien qu'il provoque presque toujours une intense réaction générale surtout après la première injection, il n'est pas nuisible pour l'organisme.

4. Employé dans un but de diagnostic par cuti et intradermo-réaction, il contribue dans les cas douteux à confirmer le diagnostic.

5. Si l'on tient compte que, pour obtenir la guérison d'un malade atteint d'un chancre mou avec bubon, surtout s'il a été incisé, il faut bien compter par les méthodes habituelles de 30 à 60 jours, l'utilité

et l'économie qui résultent de l'emploi de la vaccinothérapie sont trop évidentes pour qu'il soit superflu d'insister.

BELGODERE.

Sur quelques cas de dermatomycoses, par A. POZZO. *Il dermosifiligrafo*, 5e année, n° 6, juin 1930, p. 410, 1 fig.

Trois observations de mycoses :

1. Petite épidémie familiale, consistant en l'apparition de lésions érythémateuses annulaires limitées à la peau ; mais, sur un jeune enfant, ces lésions cutanées envahirent secondairement le cuir chevelu et les sourcils. Origine de la contagion : un couple de chats rapportés d'Amérique.

Cultures positives. Examen du poil positif, avec des spores en mosaïque caractéristiques du genre Microsporon.

2. Chez un pharmacien, lésions des joues, de la lèvre, du menton et de la nuque, à caractères érythémateux, papuleux, papulo-croûteux. Examen direct négatif, mais par les cultures on put obtenir une colonie unique où le microscope révéla de gros éléments ovalaires faisant suspecter une blastomycose, mais un repiquage ne réussit pas de sorte que l'étude de ce parasite ne put être continuée.

3. Chez un boucher, s'était développée à la nuque, une tuméfaction recouverte d'une peau lisse, tendue, luisante, et cette tuméfaction donnait à la palpation la sensation d'une fluctuation profonde. Un poil ayant été arraché, on vit que ce poil baignait dans le pus. Les cultures furent négatives, mais à l'examen direct, on put déceler l'existence de spores et d'éléments trychophytiques. Habituellement, dans cette localisation, la trichophytie revêt l'aspect classique du kérion, avec ses orifices suppurants. Dans ce cas, l'aspect lisse de la peau pouvait induire en erreur et c'est cette particularité qui donne à cette observation son intérêt.

BELGODERE.

LIVRES NOUVEAUX

Lettres à un médecin praticien sur la Dermatologie et la Vénéréologie, par CLÉMENT SIMON. Masson et Cie éditeurs, Paris, septembre 1930.

Le Dr Clément Simon vient de réunir en un joli volume de 286 pages les Lettres sur la Dermatologie et la Vénéréologie, adressées à un de ses jeunes camarades des années de guerre, qu'il a publiées en partie dans le *Bulletin Médical.*

Je suis convaincu que tout lecteur de ce recueil aura comme moi-même l'impression qu'il a appris beaucoup de choses utiles le plus facilement et le plus agréablement du monde. Il n'est guère possible de présenter des questions pratiques et importantes, qui exigent beaucoup d'érudition et d'expérience personnelle, avec plus de charme, de bonhomie souriante et surtout de vrai bon sens, aiguisé parfois d'une pointe d'humour. A qui ignore la dermato-vénéréologie, ces lettres la feront apparaître comme éminemment attrayante ; à qui l'aime déjà et la connaît un peu ou beaucoup, elles feront sentir les lacunes de son savoir ou celles de la science, et lui fourniront sur les problèmes délicats la solution provisoire la plus vraisemblable.

Serait-ce donc que dans ce livre tout est à louer, la forme et le fond ? La forme épistolaire, que souligne la typographie en italique du texte, surprend tout d'abord. On craint que des lettres périodiques, devant être d'une longueur analogue, il en résulte une disproportion entre l'importance médicale ou sociale d'un sujet et la place qui lui sera allouée. L'auteur s'en tire en se bornant à une courte lettre de deux pages sur les taches provoquées par l'eau de Cologne, par exemple, tandis qu'il consacre 18 lettres et 125 pages à la Syphilis, à son traitement et à la réaction de Bordet-Wassermann, sujets où son opinion fait autorité.

Une autre objection qui vient à l'esprit et que, dans des lettres, on ne saurait sans risquer le pédantisme, introduire une documentation sérieuse, des descriptions histologiques, des formules, etc... C'est merveille de voir comment l'auteur élude ces difficultés !

Certes ce livre n'a pas la prétention d'être un traité ~~tant~~ soit peu complet. L'esprit toujours en éveil de Cl. Simon, son sens averti des préoccupations actuelles, lui fait, pour le choix de ses sujets, saisir

l'occasion d'une discussion dans une Société savante, d'une enquête internationale ou simplement d'un cas qui s'est fortuitement présenté à lui. Il est de fait qu'à un moment donné, parmi les adeptes d'une même science, il y a toujours des questions qui sont « dans l'air », qui nous hantent et que nous n'avons pas le temps de creuser. Qu'on ouvre ce recueil de lettres et je gage qu'on y trouvera les renseignements désirés.

En dédiant ce volume au public médical, en lui offrant un enseignement dermato-vénéréologique rédigé à la fois avec un profond savoir, avec sagacité, talent et bonne grâce, l'auteur s'est acquis un titre valable à sa reconnaissance. J. Darier.

RECTIFICATION

Une erreur et une omission se sont glissées dans la liste des membres correspondants à la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, rétablie au cours de son Assemblée Générale du 12 Juin 1930, liste qui a été publiée dans notre N° 7 de Juillet 1930, p. 828.

Il faut lire :

Professeur Rille (Leipzig) et non « Vienne » ; il faut ajouter : Professeur G. Riehl (Vienne).

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA MALADIE DE BOWEN DES MUQUEUSES
DISCUSSION DE SA NATURE A PROPOS DE TROIS NOUVEAUX CAS

Par J. NICOLAS, G. MASSIA et J. ROUSSET

La maladie de Bowen des muqueuses n'a été signalée que dix ans après celle de la peau. Elle a fait dans cette revue même en 1925 l'objet d'un article de M. L. Richon (1) qui croyait en rapporter les trois premiers cas, qu'il avait d'ailleurs déjà étudiés dans sa thèse inaugurale (2). D'après lui, et deux d'entre nous ont commis la même erreur dans un article récent (3), le premier cas connu serait celui rapporté par MM. Hudelo, Oury et Cailliau à la séance du 6 avril 1922 de la *Société de Dermatologie* (4). En réalité il s'agit là seulement du premier cas français, car l'année précédente M. Jessner avait publié un cas de maladie de Bowen localisé sur la face interne du prépuce (5). D'ailleurs MM. Hudelo, Oury et Cailliau avaient présenté le leur sous le titre de : *Dyskératose érythroplasiforme de la muqueuse vulvaire* et le diagnostic de dyskératose de Bowen n'était étayé que sur la biopsie faite par M. Cailliau.

(1) L. Richon, La maladie de Bowen des muqueuses (trois premiers cas). *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, VIe série, t. VI, 1925, no 3, mars, p. 191 à 204.

(2) L. Richon, La maladie de Bowen des muqueuses et sa cancérisation. *Thèse de médec.* Paris, juillet 1924. Legrand, édit., 80 p.

(3) G. Massia et J. Rousset, Maladie de Bowen de la muqueuse vulvaire avec généralisation ganglionnaire. *Marseille Médical*, 1930.

(4) Hudelo, Oury et Cailliau. Dyskératose érythroplasiforme de la muqueuse vulvaire. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1922, no 4, p. 139.

(5) Jessner, Die Bowensche Krankheit. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1921, t. CXXXIV, p. 361-369.

Ce titre explique que ce cas ait échappé aux recherches des auteurs étrangers qui ont cherché à réunir les observations publiées de cette affection. Quoi qu'il en soit, depuis les publications de MM. Jessner, Hudelo, Oury, Cailliau et L. Richon de nouvelles observations ont été apportées qui prouvent bien qu'à côté des localisations cutanées de la maladie décrite en 1912 par John Bowen (1) il existe des localisations muqueuses.

On peut se faire une idée de leur fréquence par rapport aux localisations cutanées d'après une statistique récente publiée par M. S. Yoshida (2). Cet auteur ayant réuni dans un tableau tous les cas de maladie de Bowen qu'il a rencontrés dans la littérature on constate qu'ils sont au nombre de trente-huit, vingt-trois chez la femme et quinze chez l'homme. L'âge moyen des malades oscille autour de soixante ans, la durée moyenne de l'affection est de onze ans. Sur ces trente-huit cas il y en a cinq qui sont des localisations muqueuses. On rencontrerait donc celles-ci dans 13 o/o des cas. Les cinq cas relevés par l'auteur japonais sont ceux de Richon, de Delbanco (3) (lésions de la jambe et de la vulve), de Kleeberg (4) (pénis), de Bloch (5) (vulve) et de Rusch (6) (vulve, grande lèvre). On voit par cette énumération que plusieurs cas lui ont échappé. Tout d'abord dans son tableau on ne voit figurer en face du nom de M. Richon qu'un seul cas il faut donc en ajouter un second puisque cet auteur ayant rapporté trois observations en avait deux d'inédites. D'autre part l'observation de MM. Hudelo, Oury et Cailliau ne figure pas dans le tableau en question, non plus d'ailleurs que celle de Jessner. Les recherches bibliographiques que nous avons faites nous ont encore montré que les cas de MM. Dartigues

(1) Bowen, Precancerous Dermatose, a study of two cases of chronic atypical epithelial proliferation. *The Journal of Cutaneous Diseases*, 1912, *30*, 241, May, Precancerous dermatoses, *idem*, 1915, *33*, 787. Superficial malignancies. *Americ. Journal of rœntgenol.*, 1922, *9*, n° 4, 255.

(2) S. Yoshida, Zur Bowenschen Dermatose. *Acta Dermatologica*. Vol. 14, fasc. 1, jul. 1929. p. 95 à 107.

(3) Delbanco, Zur Bowensche Krankheit. *Dermatol. Zschr.*, 1925, *45*, p. 134.

(4) Kleeberg. Bowensche Dermatose am Penis. *Berlin. dermatol. Ges. Sitzg.*, *12*, 1925, Ref. *Zbl. f. H. u. Geschl.*, 1925, *16*, p. 518.

(5) Bloch, Bowensche Dermatose, histologische veränderungen unter dem Klinischen Bild der Kraurosis und Leukoplakia vulvæ. *Zbl. f. Ht. u. Geschl.*, 1927, *21*, p. 42.

(6) Rusch, Morbus Bowen. *Zbl. f. Ht. u. Geschl.*, 1927, *21*, p. 555.

et Mircouche (1), de M. Tullio Scomazzoni (2) et de M. S. Szathmary (3) avaient également échappé à M. Yoshida et que le cas de M. G. Gutmann (4) qui figure dans son tableau comme lésion cutanée (main, face, nez) est en réalité un cas de la muqueuse vulvaire.

En complétant le tableau en question avec les cas qui n'y figurent pas on arrive donc au total de quatorze observations de dyskératose de Bowen des muqueuses. Nous avons cherché à faire le même travail pour les localisations cutanées qui y sont consignées et nous avons constaté tout d'abord qu'une erreur s'y était glissée : un cas y figure deux fois sous les noms de Darier et Danel et de M. Danel ensuite, il s'agit du même cas. D'autre part M. Martinotti qui figure pourtant à la bibliographie du mémoire a été omis dans le tableau récapitulatif, il faut donc ajouter à ce dernier les deux cas de cet auteur (5). Les observations publiées par MM. Heimann, Rasch, Morrow et Lee, Korsbjerg, Mount, Sutton, Hissig (6) ainsi que celles de MM. Popoff (7), Dubreuilh et Maginel (8), Mairano (9), Postma et Insinger (10) ont échappé à M. Yoshida, elles doivent être

(1) Dartigues et Mircouches, Un cas de dyskératose lenticulaire en disque localisée au vagin ou dermatose précancéreuse de Bowen. *Bulletin de la Société de Médecine de Paris*, 1926, p. 256.

(2) Tullio Scomazzoni, Contribution à l'étude de la maladie de Bowen du gland. *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, vol. LXII, fasc. VI, décembre 1927, p. 1505.

(3) S. Szathmary, Ueber die leucoplakieartige form der Bowenschen krankheit. *Dermatologische Wochenschrift*, t. 88, n° 4, 26 janvier 1929, p. 117.

(4) G. Gutmann, Ueber die Bowensche Dermatose. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXX, p. 641 à 676.

(5) Martinotti. *Giorn. It. Malat. Ven.*, 1922. XX Kongress. d. Italien Dermatol. Ges. Florenz, 1923, Kongr. Ber. S. 60 und Gli epiteliomi superficiali della cutte. *Arch. ital. di chirurg.*, 10, H. 4, 471, 1924. Ref. *Zbl. f. H. u. Geschl.*, 1925, *16*, 191.

(6) Nous ne donnerons pas les indications bibliographiques concernant ces auteurs qui figurent tous dans l'important travail de M. Cesare Ducrey, *La dermatosi precancerosa del Bowen*. Roma, 1923, Tipografia delle cartiere centrali, 149 p., XVI planches hors texte.

(7) Popoff, A propos de la maladie de Bowen. *Rousski Vestnik Dermatologuii*, avril 1927, n° 4.

(8) Dubreuilh et Maginel, Un cas de dermatose précancéreuse de Bowen suivie de cancer. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1927, p. 130.

(9) Mairano, Un cas de maladie de Bowen. *Il Dermosifiligrafo*, 4e année, n° 1, janvier 1929, p. 22.

(10) C. Postma et G. Insinger, Cancer débutant comme maladie de Bowen avec métastases multiples. *Acta dermato-venereologica* de Stockholm. Vol. III, fasc. 6, février 1928, p. 474.

ajoutées à sa statistique, de même d'ailleurs que la sienne propre. Enfin, depuis la publication de son travail d'autres cas ont été rapportés par MM. Gougerot et Burnier (1) et par M. Crosti (2) et deux d'entre nous en ont étudié récemment un autre en collaboration avec M. Favre (3).

De l'ensemble de nos recherches bibliographiques il résulte donc que le nombre d'observations de maladie de Bowen publiées est de soixante-quatre. Dans ce nombre il y a quatorze localisations muqueuses ce qui donne par conséquent une proportion de près de 22 o/o. Etant donné que l'attention des auteurs est attirée depuis 1912 sur la localisation cutanée et seulement depuis 1921 sur celle des muqueuses il n'est pas téméraire de penser que cette proportion s'élèvera dans l'avenir. Nous apportons d'ailleurs dans ce travail trois nouveaux cas ce qui élève à plus du quart cette proportion.

Si nous cherchons maintenant à relever les muqueuses atteintes nous constatons que sur ces quatorze cas neuf ont été rencontrés sur la vulve (Richon, 2 cas, Delbanco, Bloch, Rusch, Hudelo, Dartigues, Szathmary, Guttmann) et cinq sur la verge (Scomazzoni, 3 cas, Kleeberg et Jessner). La femme est donc atteinte dans plus de 64 o/o des cas.

Toutes les malades sont âgées. La plus jeune a 40 ans (Bloch), les autres ont 42 ans (Dartigues), 43 ans (Richon), 55 ans (Hudelo), 59 ans (Delbanco), 66 ans (Richon), 73 ans (Guttmann). Les hommes également sont âgés : 69 ans (Jessner), 73 ans (Kleeberg).

La lecture des observations publiées montre qu'il est impossible cliniquement d'affirmer le diagnostic de maladie de Bowen des muqueuses. Ce que M. Richon écrivait en 1925 est toujours vrai : cette affection « présente de grandes analogies cliniques avec les états décrits sous le nom d'érythroplasies, et leur différenciation objective est à peu près impossible. Seul, l'examen histologique... le permettra ».

(1) Gougerot et Burnier, Un cas de maladie de Bowen. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie,* 1929, p. 594.

(2) Crosti, Morbo di Bowen dell addome. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXX, fasc. 5, octobre 1929, p. 1229.

(3) Favre, Massia et Rousset, Sur un cas de maladie de Bowen de la peau. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie,* 1930, no 4, avril, p. 405.

Cet auteur classe les faits qu'il a observés de la façon suivante :

1° *Un stade de dyskératose pure* caractérisé par l'apparition d'un placard rougeâtre, bien limité, à peine saillant, lisse, brillant, sans exulcération ou à peine, où le palper ne révèle, tout au début du moins, aucune induration de base ; on ne note aucune adénopathie. La lésion au point de vue fonctionnel n'occasionne qu'un prurit léger, la santé générale est parfaite.

2° *Un stade de début d'évolution néoplasique* caractérisée par l'induration de la base de la lésion. On note également une infiltration légère dermo-muqueuse.

3° *Un stade d'évolution néoplasique évidente.* On note dans ce cas l'ulcération, l'extension, le bourgeonnement, l'infiltration étendue de tout cancer, en même temps que l'état général s'altère sensiblement (asthénie, amaigrissement) et que des phénomènes douloureux et du saignement font leur apparition.

Cette classification des phénomènes morbides préjuge de la nature de l'affection qui les détermine : la dyskératose préépithéliomateuse qui se transforme ensuite en cancer. Ceci ressort nettement de la phrase suivante de M. L. Richon commentant les signes cliniques du troisième stade : « La lésion a perdu toute autonomie clinique, comme cela se voit d'ailleurs dans le cancer développé sur verrue séborrhéique, par exemple, ou dans toute autre lésion qui, à son complet développement, ne présente plus l'élément initial précancéreux ».

Plus loin il envisage ainsi le cancer de Bowen des muqueuses qui pour lui semble se présenter sous deux types cliniques :

Un stade relativement jeune où l'on retrouve l'aspect érythroplasique mais cette fois avec infiltration et induration dermo-muqueuse, sans adénopathie.

Un stade cancéreux banal, étendu, infiltré et bourgeonnant.

L'étude des observations qui ont été publiées depuis le travail de M. Richon ainsi que l'étude anatomique et clinique des trois cas que nous rapportons ci-dessous nous ont amené à envisager d'une autre façon cette affection.

Nous estimons qu'il s'agit là d'un cancer dès le début de l'évolution et non pas d'une affection préépithéliomateuse. Il n'est pas possible par conséquent de donner des descriptions cliniques différentes suivant le moment de l'évolution où l'on voit la lésion.

Cliniquement on peut soupçonner l'existence d'une maladie de Bowen, il n'est pas possible de l'affirmer sans le secours de la biopsie. Lorsque celle-ci aura été faite on ne sera jamais en droit d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'un cancer mais d'une lésion préépithéliomateuse. En effet, peu après l'apparition de la lésion initiale on pourra observer une généralisation ganglionnaire. Deux d'entre nous ont étudié dans un article récent un cas de cette sorte (1) dont nous reproduisons l'observation plus loin.

En face d'une lésion muqueuse qu'on aurait étiquetée autrefois érythroplasie il faudra toujours soupçonner la possibilité d'une dyskératose de Bowen et faire une biopsie. En effet, en présence d'une telle lésion on peut hésiter seulement entre ces deux diagnostics et il est impossible de conclure actuellement avec les seules ressources de la clinique.

L'étude histologique de la biopsie montrera en cas de maladie de Bowen des aspects que M. Richon résume ainsi : une lésion épidermique dominante avec une limitation particulièrement nette, l'hyperplasie de cet épiderme, le développement marqué et irrégulier des bourgeons interpapillaires et l'existence de nombreuses cellules dyskératosiques (jusque dans la couche cornée), enfin, et surtout l'atypie et l'irrégularité des noyaux (inégaux, disparates et monstrueux, parfois en pycnose ou en caryolyse). On note pourtant la persistance des filaments d'union.

L'examen à un faible grossissement d'une coupe de maladie de Bowen des muqueuses montre, en effet, essentiellement un épaississement considérable de la couche de Malpighi (fig. 4 et 7). La limite entre la partie saine de la muqueuse et la lésion est très nette (fig. 6). En allant de la région saine à la zone malade on voit brusquement la muqueuse s'épaissir, perdre ses caractères normaux pour prendre des caractères particuliers.

Tout d'abord cette augmentation de la couche de Malpighi est assez irrégulière. Les bourgeons interpapillaires sont augmentés de volume, ils sont gros et massifs et ils semblent écraser les papilles. Ces bourgeons se divisent à leur extrémité. Aux points où l'on trouve ces lésions l'épiderme est trois ou quatre fois plus épais que

(1) G. Massia et J. Rousset, Maladie de Bowen de la muqueuse vulvaire avec généralisation ganglionnaire. *Marseille médical*, 1930.

dans les régions saines. Il présente en plus une constitution particulière : les bourgeons interpapillaires sont formés par des cellules assez atypiques serrées les unes contre les autres à protoplasme relativement diminué et ceci dans toute la hauteur de l'épiderme. On ne reconnaît plus les diverses couches de l'épithélium malpighien. Les noyaux prennent moins bien le colorant qu'ailleurs. Les filaments d'union ont presque disparu, ils sont difficiles à percevoir, ils apparaissent seulement comme des vestiges autour des cellules en question. Le protoplasme est très réduit.

Mais surtout, les cellules de la couche de Malpighi présentent parfois une disposition tout à fait spéciale (fig. 2, 5 et 8). Elles se présentent comme des cellules claires à noyaux déformés, rétractés ou plus rarement repoussés dans un coin de la cellule. Parfois le noyau paraît simplement rétracté dans une loge qu'il occupait auparavant, ailleurs par contre le protoplasme tout entier paraît résorbé et le noyau occupe souvent le centre de la cellule tout en étant rétracté et déformé. Les filaments d'union se voient encore parfois au niveau même de ces cellules si fortement altérées. Certaines d'entre elles présentent encore des karyokynèses indubitables, tandis que d'autres montrent des aspects qu'on peut supposer comme étant ceux de karyokynèses arrêtées ou avortées (fig. 8), les cellules restant claires et le noyau semblant effrité. Toutes ces cellules ont des dimensions presque normales : elles sont à peine plus grosses que les cellules voisines. Elles sont toujours beaucoup plus petites que celles qu'on observe dans la maladie de Paget. Ce fait a été retenu à juste titre par M. S. Yoshida (1) et il s'inscrit contre la théorie de M. Fraser (2) qui prétend que les cas publiés sous le nom de maladies de Paget extra-mammaire sont en réalité des maladies de Bowen.

Au-dessous des lésions ci-dessus on trouve une zone inflammatoire d'infiltration à type mixte, formée de lymphocytes, de cellules conjonctives et de quelques plasmocytes dans laquelle on note la présence de vaisseaux dilatés ou néoformés en nombre parfois considérable.

(1) S. Yoshida, Zur Bowenschen Dermatose. *Acta dermatologica*, vol. 14, fasc. 1, Jul. 1929, p. 98 et 99.

(2) Fraser. Maladie de Bowen et maladie de Paget du mamelon. *Archives of Dermatology*, t. XVIII, n° 6, décembre 1928, p. 809 à 828.

En somme, de tout ce qui précède il résulte qu'actuellement à côté de la maladie de Bowen de la peau on commence à bien connaître une lésion analogue des muqueuses. Du point de vue histologique les deux lésions sont identiques et on ne pouvait pas ne pas les rapprocher et les identifier. Mais, du point de vue clinique il n'en est pas de même. Alors qu'on peut porter le diagnostic de maladie de Bowen de la peau, on ne peut que soupçonner cette affection lorsqu'elle siège sur une muqueuse. Le diagnostic différentiel est impossible avec l'érythroplasie. Seule la biopsie peut le trancher.

Cette biopsie doit être faite d'ailleurs car il n'est pas indifférent d'avoir affaire à l'une ou à l'autre de ces affections. Et le point que nous allons envisager maintenant est, à notre avis, le centre et le nœud de la question. Le véritable intérêt de la maladie isolée par M. John Bowen sur la peau et par M. Jessner sur les muqueuses est sa nature. Pour le médecin et pour le patient une seule chose compte : cette affection est-elle ou n'est-elle pas cancéreuse?

On sait que la localisation cutanée a d'abord été envisagée comme une dyskératose préépithéliomateuse. C'est l'opinion exprimée en 1912 dans l'article de M. J. Bowen dans le *Journal of Cutaneous Diseases*, c'est la conclusion de l'important mémoire de Darier (1) qui fit connaître l'affection en France et qui en fixa les caractères cliniques et anatomiques de telle manière qu'on n'y a rien ajouté depuis. Il en fut de même pour la localisation muqueuse. MM. Hudelo, Oury et Cailliau n'hésitent pas à faire rentrer leur cas dans les dyskératoses précancéreuses. M. Richon conclut que sur les muqueuses « comme sur la peau les malformations cellulaires typiques pourront, dans des conditions qui nous échappent d'ailleurs totalement, soit rester plus ou moins longtemps (nous n'osons dire indéfiniment) au stade de dyskératose pure, soit au contraire évoluer plus ou moins rapidement vers un stade cancéreux, dont l'examen histologique peut seul, mais sûrement, révéler la nature originelle ».

L'étude que nous avons faite des cas cutanés et muqueux que nous avons eu l'occasion d'examiner à la Clinique Dermatologique

(1) J. Darier, La dermatose précancéreuse de Bowen. Dyskératose lenticulaire et en disques. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 5e série, t. V, 1914, p. 449 à 471.

de l'Antiquaille nous oblige à conclure que la maladie de Bowen n'est pas une dyskératose préépithéliomateuse mais bien un cancer véritable à aspects clinique et histologique spéciaux.

Avant de développer nos conclusions nous allons exposer nos observations personnelles de maladie de Bowen des muqueuses.

OBSERVATION I

Mme R... Juliette, âgée de 34 ans, entre le 6 décembre 1923 à la Clinique Dermatologique de l'Antiquaille pour une lésion érythémateuse de la face interne de la grande lèvre droite qui date de cinq ans mais qui a considérablement augmenté depuis un an.

On ne relève rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires, ses parents sont bien portants. Dans ses antécédents collatéraux on note l'existence de sept sœurs bien portantes.

Dans ses antécédents personnels on relève qu'elle a toujours joui d'une très bonne santé habituelle. Elle ne signale seulement qu'une grippe très sévère en 1918. Elle est mariée, son mari est bien portant. Elle a eu trois grossesses : la première s'est terminée par une fausse-couche de quelques semaines, la seconde par la naissance à terme d'un enfant bien portant mort à sept mois d'entérite, enfin la troisième par la naissance d'un enfant actuellement âgé de 13 ans et très bien portant.

L'affection actuelle aurait débuté en 1918 après l'atteinte de grippe. A ce moment-là la malade remarqua l'existence d'une petite lésion qui siégeait sur la face interne de la grande lèvre droite et qui était rouge et squameuse, de forme arrondie, non prurigineuse, des dimensions d'une pièce de 0 fr. 50 qui fut prise pour de l'eczéma sec (?).

Cette lésion conserva les mêmes dimensions et resta toujours à peu près semblable d'aspect jusqu'à il y a un an. La malade cependant signale que par moments il y avait à sa surface un peu de suintement.

Mais depuis un an la lésion a considérablement grandi en surface.

Actuellement, à l'examen, on constate l'existence d'une lésion qui occupe une grande partie de la face interne de la grande lèvre et qui déborde sur la face externe de la petite lèvre jusqu'au bord libre de celle-ci qui est d'ailleurs également intéressée ainsi qu'une partie de la face interne (fig. 1).

La forme de cette lésion est ovalaire, ses bords sont nets, de contour un peu géographique. Sa surface est constituée par une zone suintante et rouge avec, par places, de petits îlots d'épiderme ou de muqueuse en apparence sains ou plutôt un peu blanchâtres et un peu hyperkératosiques.

La lésion ne repose pas sur une base infiltrée mais la bordure très nette est un peu en saillie et est formée d'un fin liseré d'un millimètre de largeur, un peu blanchâtre et un peu hyperkératosique.

La lésion n'est pas douloureuse mais elle est très prurigineuse, depuis quelque temps seulement d'ailleurs.

L'examen de la région inguinale révèle un petit ganglion sans caractères particuliers.

Le 19 décembre on fait une biopsie de la lésion.

Le 5 janvier 1924. La malade est envoyée au Dr J. Coste pour être

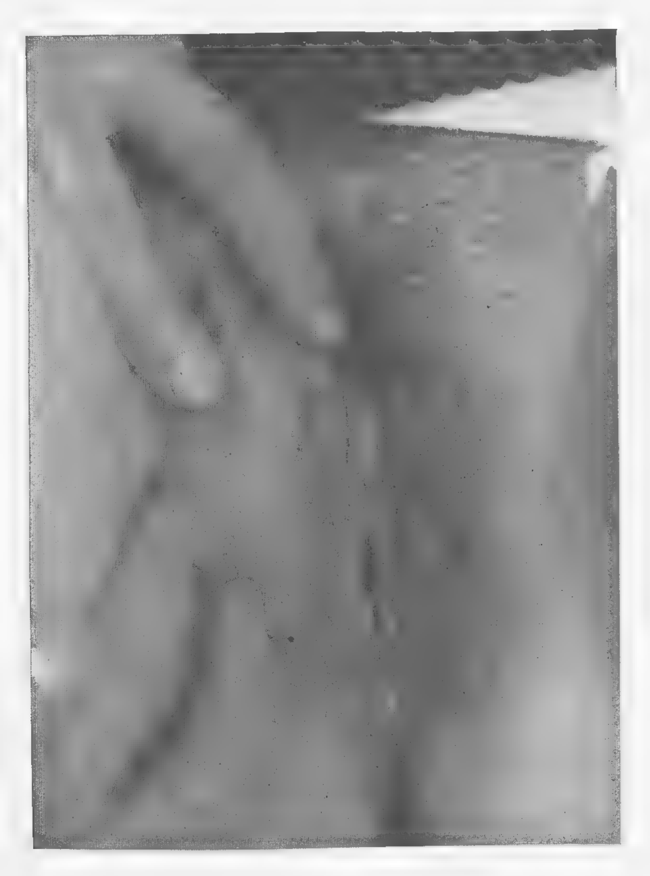


Fig. 1. — Photographie de la lésion vulvaire.

traitée par la radiothérapie. Elle est traitée par sa méthode personnelle : irradiation de la lésion vulvaire (pas de filtre, 2 milliamp., 17 cm. d'étincelle, temps : 50 minutes, ampoule Standard Coolidge, distance 28 cm.).

La cicatrisation est obtenue en six semaines.

Le 20 mars 1924. On constate que l'irradiation a été insuffisante autour de la lésion où l'on constate une récidive en un point.

On fait une nouvelle irradiation (pas de filtre, 2 milliamp., 16 centim. d'étincelle, 50 minutes. Ampoule Stand. Coolidge, distance 28 cm.).

On obtient une guérison parfaite.

Quatre mois après la malade meurt d'un néoplasme thyroïdien qui a été opéré. Elle avait été vue pour la dernière fois dans le service le 15 mai 1924 et on avait noté sur son observation : la lésion est complètement cicatrisée. Mais, la malade présente actuellement dans la région cervicale gauche, en avant du sterno-cléido-mastoïdien, une tumeur du volume d'un gros œuf de pigeon, irrégulière, bosselée, dure, de consistance cartilagineuse, mobile, non douloureuse. On porte le diagnostic de branchiome.

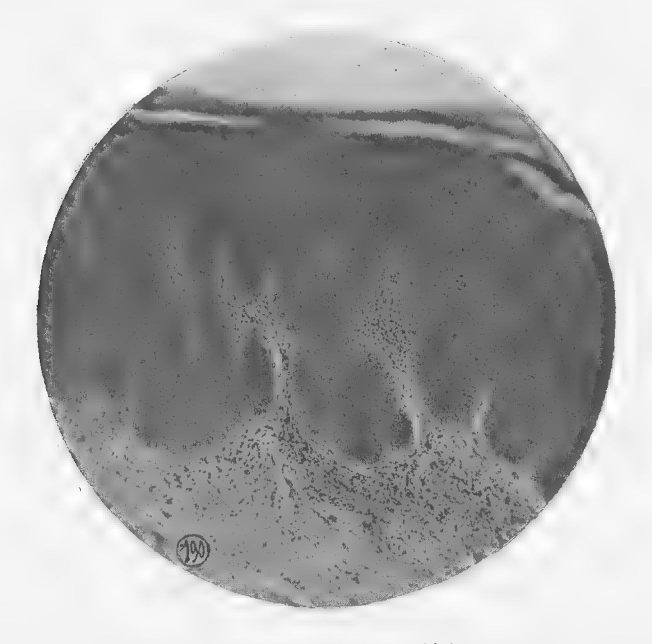


Fig. 2. — Observation I. Microphotographie de la lésion vulvaire. Epaississement de la zone épidermique. Aspect spécial des bourgeons interpapillaires qui sont épaissis et multipliés. Gross. 50 diam.

Examen histologique de la biopsie.

Le fragment examiné a été prélevé du niveau de la lésion siégeant sur la petite lèvre. Il n'a malheureusement pas intéressé la partie saine de cet organe.

La pièce a été traitée par les méthodes habituelles : inclusion à la paraffine, colorations diverses.

L'examen microscopique montre tout d'abord un certain degré de

kératose superficielle sous forme d'une couche cornée assez fragile et se délitant facilement mais présentant partout encore des noyaux dans ses cellules. On trouve au-dessous une couche de Malpighi épaissie et très modifiée : les bourgeons interpapillaires sont multiples, serrés, irréguliers, ils pénètrent dans la profondeur et là sont assez bourgeonnants (fig. 2). Cette couche est composée de cellules bien spéciales qui sont beaucoup plus serrées que les cellules de Malpighi. Elles donnent l'impression d'un néoplasme baso-cellulaire, mais, à un grossissement suffisant on peut encore voir les filaments d'union, assez peu marqués d'ailleurs. Les noyaux sont volumineux, presque serrés les uns contre les autres ne laissant plus que très peu de protoplasme dans les cellules.

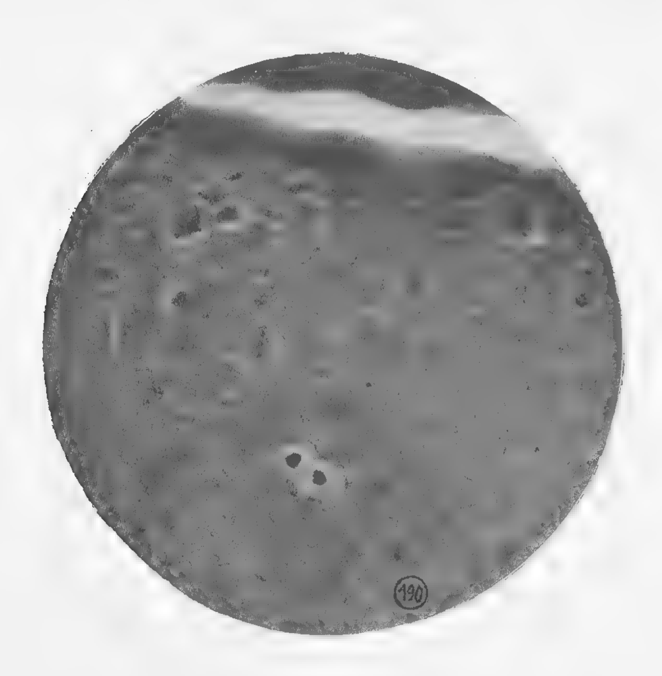


Fig. 3. — Observation I. Microphotographie d'un point de la préparation précédente à un plus fort grossissement. On voit les cellules dyskératosiques. Gross. 210 diam.

Parmi ces cellules on en trouve un nombre assez notable ayant acquis des dimensions plus considérables (fig. 3). Ces cellules volumineuses ont un protoplasme clair et leur noyau est très modifié. Dans certaines on voit un petit noyau rétracté et bosselé dans un protoplasme clair et c'est tout, dans d'autres au contraire on voit autour du noyau un corps qui l'entoure, formant un grain, constitué peut-être par des débris du protoplasme, la zone périphérique restant claire. Enfin certaines de ces cellu-

les claires contiennent parfois deux noyaux qui figurent des karyokynèses, sous forme de deux plaques équatoriales par exemple. Ces noyaux déformés sont soit isolés parmi les cellules à gros noyaux décrites plus haut, soit parfois réunis en groupes. Enfin au-dessus de cette couche malpighienne existe dans le derme une infiltration assez légère composée en grande partie de plasmocytes et de cellules conjonctives. On voit dans ce derme quelques cellules chargées de pigment alors que même les cellules figurant la basale n'en comportent pas.

Dans la zone d'infiltration on trouve quelques vaisseaux un peu dilatés. Mais leur nombre n'attire pourtant pas l'attention.

OBSERVATION II

Mme M... Mariette, 50 ans, vient consulter le 22 janvier 1928 à la Clinique Dermatologique de l'Antiquaille, pour une lésion prurigineuse de la vulve déjà ancienne, accompagnée depuis trois ans d'une adénopathie inguinale qui a grossi brusquement ces derniers temps et qui de ce fait l'inquiète.

On ne note rien de spécial à signaler dans ses antécédents. Elle nie la syphilis. Elle n'a eu ni enfant, ni fausse couche.

A l'examen on note au niveau de la région vulvaire, les lésions suivantes :

1° Sur la face muqueuse des petites lèvres, à leur partie inférieure et débordant à leur partie postérieure sur la vulve, une lésion non ulcérée à contour arrondi, limitée par une ligne courbe interrompue par endroits, à bordure légèrement surélevée, un peu dure, qui paraît un peu transparente et qui ressemble à une bordure perlée minuscule.

Cette bordure laisse au centre de la lésion une muqueuse qui est cliniquement saine et qui ne présente que quelques petits îlots blanchâtres, un peu hyperkératosiques.

Sur la face muqueuse de la petite lèvre gauche on trouve une lésion absolument semblable mais beaucoup plus petite.

Ces lésions sont très prurigineuses.

2° Correspondant semble-t-il à ces lésions il existe une adénite inguinale droite qui se présente comme une masse volumineuse, composée de deux ganglions situés côte à côte, sans périadénite, bien mobile en masse sur les plans profonds. Cette adénopathie est absolument indolore.

A l'interrogatoire on apprend que le début de ces accidents est déjà lointain. L'affection a débuté par des démangeaisons qui ont attiré l'attention de la malade il y a à peu près quatre ans. L'adénopathie n'est apparue qu'ensuite il y a trois ans. Elle était à ce moment-là grosse comme une olive. Elle grossit peu à peu très lentement.

Il y a trois mois, brusquement, l'adénopathie se mit à grossir rapidement pour devenir volumineuse et atteindre les dimensions actuelles.

C'est cette brusque augmentation de volume qui détermine la malade à venir consulter.

L'examen général est entièrement négatif. Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines. La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

En présence de l'aspect clinique des lésions on pense à la possibilité d'un épithélioma pagétoïde de la vulve et on fait immédiatement une biopsie.

Traitement.

La malade est envoyée au Dr J. Coste pour être traitée par la radiothérapie. Elle est traitée par sa méthode personnelle : irradiation de la lésion vulvaire (pas de filtre, rayonnement moyennement pénétrant, 16 cm. d'étincelle, séance unique, 4.500 R.).

La lésion vulvaire guérit en six à sept semaines.

Apparition d'un ganglion à l'aine droite.

On incise la peau (Dr Coste) et on fait l'ablation du gros ganglion trouvé sans s'occuper des plus petits qui l'accompagnent. Irradiation de la plaie opératoire suivant la même technique mais avec des localisateurs spéciaux. La guérison est retardée par un peu de sphacèle à la partie médiane de la plaie.

La malade est revue le *2 juin 1930*. La guérison est complète. On constate un parfait état local et général.

Examen histologique des biopsies.

Les fragments prélevés au niveau de la lésion vulvaire et de l'adénopathie inguinale sont fixés par les méthodes habituelles (liquides de Bouin et de Regaud, formol salé). Ils sont inclus dans la paraffine et coupés en série. Les coupes sont colorées par les différentes techniques habituelles.

Elles nous ont semblé des plus intéressantes à étudier.

1° *La lésion vulvaire :*

Est constituée essentiellement par un épaississement considérable de la couche de Malpighi. Sur les coupes la limite entre la partie saine de la muqueuse et la lésion est très nette. Si l'on examine l'extrémité des coupes on voit une partie normale de la muqueuse qui brusquement s'épaissit, perd ses caractères normaux pour prendre des caractères particuliers que nous allons rapidement décrire.

Cette augmentation de la couche de Malpighi est assez irrégulière. Les bourgeons interpapillaires augmentent de volume, ils sont souvent gros et massifs, écrasant les papilles, ces bourgeons se divisent à leurs extrémités. L'épiderme en ces points est épaissi au moins trois ou quatre fois. D'autre part cet épiderme est constitué par des cellules un peu anormales. Dans la partie la plus caractéristique, les bourgeons sont composés de cellules serrées à protoplasme relativement diminué et ceci dans toute

la hauteur de l'épiderme. On ne voit plus les diverses couches de l'épithélium malpighien. On y trouve des noyaux qui prennent moins bien le colorant que les cellules normales de la peau. Quant aux filaments d'union ils sont assez difficiles à percevoir. Ils ont presque disparu. Cependant on peut néanmoins en trouver des vestiges autour de ces cellules. Le protoplasme est très réduit. L'aspect général de ce tissu fait à première vue penser à un épithélioma baso-cellulaire si on ne recherche pas les filaments d'union qui existent indubitablement.

Au-dessous de toutes ces lésions il existe une zone inflammatoire d'infiltration à type mixte, c'est-à-dire formée de lymphocytes, de cellules

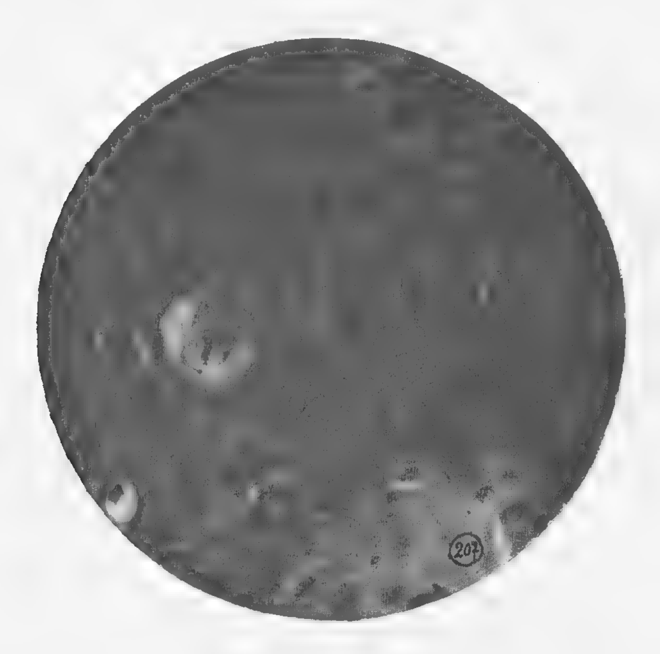


Fig. 4. — Observation II. Microphotographie d'un point de la lésion vulvaire. On voit les cellules dyskératosiques et également les filaments d'union. Gross. 500 diam.

conjonctives et d'assez rares plasmocytes. Il faut signaler également les dépôts pigmentaires qui sont peu abondants d'ailleurs. Enfin, notons dans cette couche inflammatoire la présence de vaisseaux en nombre considérable, manifestement dilatés, peut-être néoformés.

Enfin, les cellules de la couche de Malpighi présentent parfois une disposition tout à fait spéciale. On trouve en effet (fig. 4) des cellules claires à noyau déformé, rétracté ou repoussé dans un coin de la cellule. Les aspects présentés sont différents suivant les régions considérées. En certains points il semble qu'on a simplement un noyau rétracté dans une

loge qu'il occupait auparavant. Mais en d'autres points le protoplasme tout entier est résorbé et le noyau occupe souvent le centre de la cellule tout en étant souvent rétracté et déformé. Souvent on peut voir les filaments d'union au niveau de ces cellules même. Enfin, certaines d'entre elles présentent des karyokynèses absolument indubitables. D'autres au contraire semblent montrer des karyokynèses arrêtées, les cellules restant claires et le noyau semblant effrité. Toutes ces cellules sont de dimensions presque normales, à peine plus grosses que les cellules voisines. Elles s'écartent donc très nettement des cellules de la maladie de Paget. On voit également des cellules à noyau épineux ou à noyau effrité.

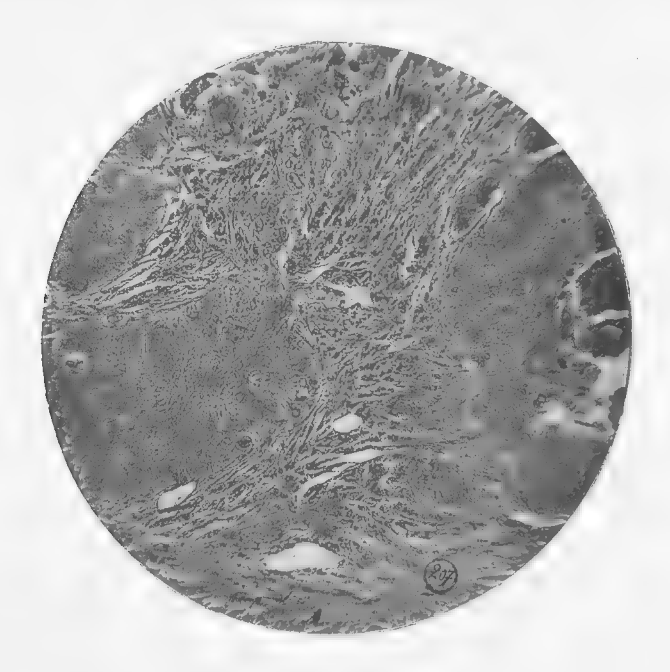


Fig. 5. — Observation II. Microphotographie de la tumeur ganglionnaire. On voit les boyaux épithéliomateux. Gross. 50 diam.

S'agit-il de cellules dites en dyskératose ou bien toutes ces cellules sont-elles des formes de karyokynèse? Ceci est difficile à dire car on voit sur les coupes toutes les formes possibles. Peut-être y a-t-il les deux. Mais un point est absolument indiscutable c'est le nombre important des karyokynèses. Nous signalerons également deux petits points qui nous semblent particulièrement importants : c'est l'existence d'un certain degré d'hyperkératose tout d'abord et d'autre part dans quelques points superficiels, surtout près de la bordure de la lésion une véritable couche granuleuse avec infiltration d'éléidine.

En résumé, on trouve au niveau de la vulve des lésions consistant en un épaississement de l'épithélium muqueux avec transformation des cellules qui deviennent nettement atypiques, bien que les filaments d'union persistent. Il y a un nombre imposant de karyokynèses et un certain nombre de cellules claires à noyaux dégénérés qui ne sont peut-être que des karyokynèses avortées ou monstrueuses, mais qui répondent au type de ce qu'on a appelé les cellules de Bowen, cellules dyskératosiques quoique différentes de celles de la maladie de Paget, généralement d'ailleurs elles sont plus petites que celles que l'on rencontre dans cette dernière affection.

Mais le point tout à fait curieux de ce cas c'est, à notre avis, le résultat de l'examen du ganglion.

2° *Le ganglion inguinal :*

Ce ganglion, comme nous l'avons déjà dit, a été prélevé en même temps que le Dr Coste faisait le traitement radiothérapique de l'adénopathie. Son examen montre une infiltration néoplasique tout à fait certaine avec les caractères suivants.

Le ganglion qui en certains points a sa structure normale présente en d'autres une structure épithéliale variable suivant les points. On trouve de petites masses sans caractères bien définis constituant les formes habituelles de l'infiltration cancéreuse. Mais, si ces masses deviennent plus grosses le centre dégénère rapidement en une substance plus ou moins amorphe qui se montre comme constituée par la dégénérescence des cellules même composant la tumeur (fig. 5). Ces nodules épithéliaux sont bien limités et se composent de cellules à gros noyaux serrés, avec peu de protoplasme. Mais ici nous ne retrouvons nulle part les filaments d'union quoique l'aspect cellulaire de ces lésions épithéliomateuses soit assez semblable à celui décrit dans la lésion vulvaire. Enfin, dans certains points on voit tout d'abord les cellules en karyokynèse bien entendu et aussi, mais rarement des cellules claires à noyau plus ou moins rétracté, parfois déformé. On voit aussi dans quelques points des ébauches de globes cornés dans les parties centrales dégénérées des lobules. Mais en aucun point nous n'avons pu voir de globes cornés réels.

En résumé, nous avons comme satellite indubitable de la lésion un ganglion cancéreux dont le type de cancer est à peu près semblable à celui de la lésion qui ne présente cependant pas de filaments d'union. Ce fait en tout cas est exceptionnel, sinon unique dans les différents cas cités de maladie de Bowen des muqueuses.

OBSERVATION III

M. X... est un malade de clientèle âgé d'une quarantaine d'années. On ne relève rien de particulier dans ses antécédents personnels ou héréditaires. Il nie avoir eu la syphilis et déclare jouir d'une bonne santé habituelle.

Il vient consulter pour une lésion érythémateuse siégeant sur le gland. Cette affection a débuté il y a un an environ.

A l'examen, on constate sur le gland l'existence d'une plaque grande comme une pièce de cinquante centimes, de teinte rougeâtre, à contours bien limités, un peu cycliques. Sa surface est lisse, non suintante. La palpation ne révèle aucune infiltration.

On ne trouve aucune adénopathie inguinale.

Le malade ne présente aucune autre lésion cutanée ou muqueuse.

L'examen général est entièrement négatif.

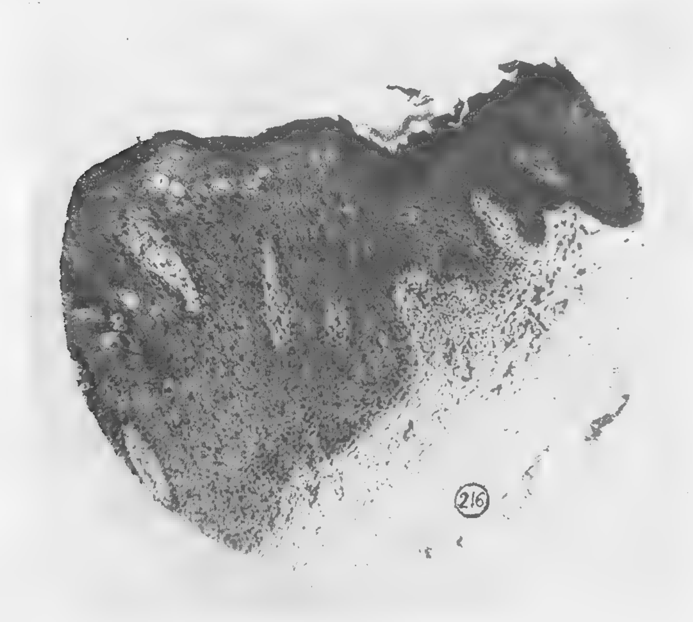


Fig. 6. — Observation III. Microphotographie du point de passage entre l'épithélium de Malpighi sain et la partie malade. Remarquer les cellules claires dans cette dernière. Gross. 50 diam.

On pratique une biopsie de la lésion. Le diagnostic de maladie de Bowen s'imposant le malade est traité par la radiothérapie suivant la méthode du Dr J. Coste (pas de filtre, rayons moyennement pénétrants, séance unique d'une heure).

Le malade quitte Lyon pour aller habiter Paris et est perdu de vue.

Examen histologique de la biopsie.

Le fragment fixé au liquide de Bouin est inclus dans la paraffine, les coupes sont colorées par les méthodes habituelles.

L'examen microscopique montre que les lésions consistent en un épaississement considérable et irrégulier de la couche de Malpighi (fig. 6 et 7). Du côté superficiel cette couche est hyperkératosique avec conservation des noyaux. Du côté profond, les cellules de Malpighi prennent un aspect spécial : elles sont serrées les unes contre les autres, leur protoplasme est diminué, surtout à la partie la plus profonde des bourgeons intradermiques. Les cellules présentent encore des filaments d'union, mais ils ne sont pas toujours bien visibles. Enfin, ces cellules dyskératosiques sont de toutes formes, elles sont plus ou moins volumineuses. On

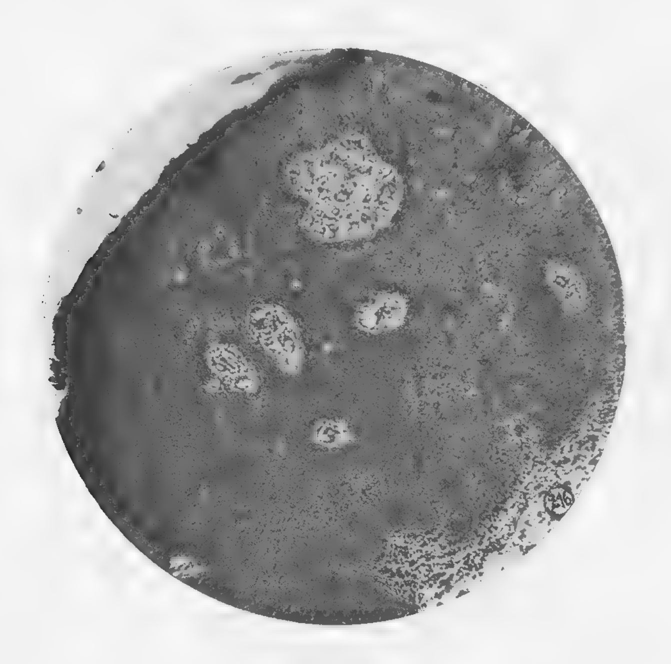


Fig. 7 — Observation III. Microphotographie d'une préparation faite au centre de la lésion. Gross. 50 diam.

voit des cellules claires à noyaux monstrueux. Ils sont soit rétractés au centre de la cellule, soit de formes bizarres. Parfois la périphérie de ces cellules est épaissie en capsule. Certaines de ces cellules dyskératosiques montrent un noyau aplati comme la plaque équatoriale d'une karyokynèse (fig. 8).

Au-dessous de ces lésions il existe une infiltration d'ailleurs variable, à plasmocytes surtout. On voit à l'extrémité de la lésion très nettement le passage du tissu sain de Malpighi à la couche épaissie qui constitue la lésion (fig. 6). On se rend bien compte des différences entre les diverses

cellules dont certaines, en dehors des cellules monstrueuses, prennent dans la lésion un aspect un peu atypique.

Sous la lésion on trouve des vaisseaux assez nombreux qui souvent sont dilatés.

Des trois observations ci-dessus la seconde nous paraît la plus intéressante à retenir. Aussi allons-nous la discuter rapidement.

On pouvait se demander dans ce cas à quelle affection on avait affaire. Nous n'en voyons que trois que l'on pouvait discuter. Il ne pouvait s'agir d'une maladie de Paget extra-mammaire car on ne

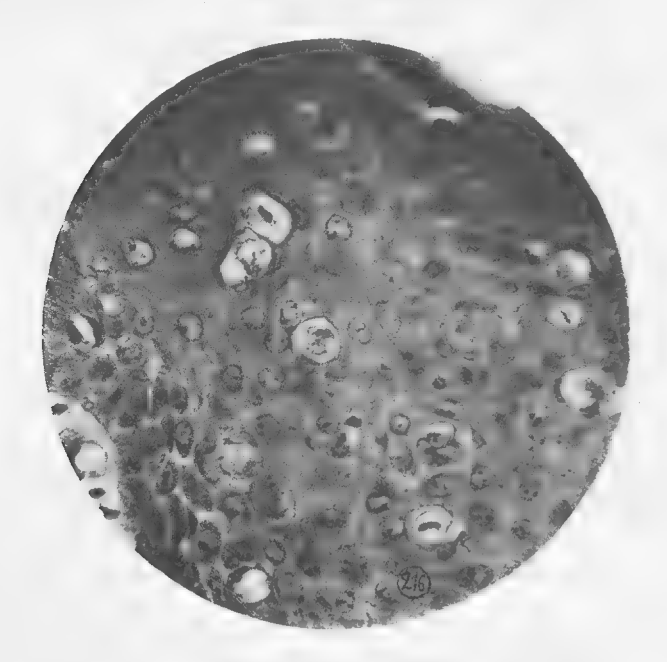


Fig. 8. — Observation III. Microphotographie d'un point de la préparation précédente à un plus fort grossissement (Grossiss. 210).

retrouvait pas l'aspect histologique si spécial de cette affection. Il ne pouvait pas non plus s'agir d'un néoplasme baso-cellulaire : la lésion siégeait sur une muqueuse, il n'y avait pas de boyaux épithéliaux et enfin on y trouvait des filaments d'union. Il ne pouvait pas s'agir davantage d'un néoplasme spino-cellulaire puisque les lésions ne s'étendaient pas sous forme de tractus dans le derme.

Le diagnostic de maladie de Bowen s'imposait donc. Cette lésion

répondait aux caractères spéciaux de cette affection que nous avons énumérés au début de ce travail.

Dans ce cas, puisque le diagnostic de maladie de Bowen doit être porté, il s'agit donc d'un cancer indubitable du fait de la généralisation ganglionnaire du même type que la lésion et de la présence des karyokynèses abondantes. Mais, du fait que dans ce cas la lésion n'avait pas la structure de la maladie de Paget il est très intéressant de retenir que la généralisation ganglionnaire prenait le type du cancer des dyskératoses, type que l'on retrouve par conséquent dans la maladie de Bowen comme dans la maladie de Paget. Dans notre cas le ganglion présentait bien les caractères de l'épithélioma à centre dégénéré avec cellules du type dyskératosique.

Il est très important, à notre avis, de retenir ce cas pour l'interprétation ultérieure des faits.

De nos trois observations et de celles publiées par les auteurs et que nous avons signalées au début de ce travail on peut donc conclure comme le faisait déjà M. L. Richon que la maladie de Bowen des muqueuses existe indubitablement, en tous cas on ne peut nier que l'aspect histologique si spécial rencontré sur la peau et qu'il est classique de décrire sous ce nom se rencontre également au niveau des muqueuses.

Cet aspect se différencie de celui des affections dites érythroplasiques ; celles-ci semblent être des kératoses du type leucoplasie et peuvent dégénérer en cancer mais d'un type particulier : le cancer spino-cellulaire à globes cornés. On n'y trouve pas de cellules en dyskératose.

S'il n'est pas possible cliniquement de faire le diagnostic entre érythroplasie et maladie de Bowen il est par contre impossible de le confondre histologiquement étant donné les caractères anatomiques si spéciaux de la seconde affection.

Mais alors une question se pose : c'est celle de la nature de cette affection : est-elle préépithéliomateuse ou épithéliomateuse ? On la classe habituellement dans le groupe des dyskératoses préépithéliomateuses de Darier avec la maladie de Paget. Nous ne croyons pas que cette interprétation des faits réponde à l'ensemble des constatations faites depuis quelques années. Deux d'entre nous (1) ont

(1) G. Massia et J. Rousset, Les acquisitions récentes sur la question de la maladie de Paget du mamelon. *Le Journal de Médecine de Lyon*, 20 mai 1930, p. 311 à 320.

essayé de démontrer que la maladie de Paget ne pouvait être considérée ni comme une affection préépithéliomateuse, ni comme le reflet cutané d'un cancer sous-jacent (1). Nous estimons de même que les cas de maladie de Bowen des muqueuses rapportés par certains auteurs et par nous-mêmes nous semblent pouvoir être interprétés en faveur de la théorie de l'épithélioma d'emblée. Ces deux affections sont toutes les deux de nature cancéreuse et ceci dès le début de leur évolution.

Dans le cas de la maladie de Bowen qui nous occupe aujourd'hui, les aspects histologiques, l'évolution lente mais continue, l'envahissement ganglionnaire possible nous semblent l'établir de façon incontestable.

De l'étude de nos observations on pourrait déduire la critique suivante : les cas que nous avons examinés étaient déjà à un stade épithéliomateux. Mais alors où est la limite dans cette affection? M. L. Richon, comme nous l'avons vu, décrit trois stades dans l'évolution clinique. De même Martinotti (2) admet une phase papilloïde suivie plusieurs années après d'une phase nodulaire et enfin d'une phase néoplasique. L'étude des observations ne nous semble pas autoriser une telle interprétation des faits. Elle est absolument impossible dans notre seconde observation en particulier. L'étude anatomique des lésions démontre également que cette objection ne peut être soulevée : la description histologique est toujours la même dans tous les cas. Enfin la malignité semble assez considérable dans des cas où l'évolution ne semblait pas encore au stade épithéliomateux.

Nous estimons donc que pratiquement il faudra admettre que l'affection est toujours observée après avoir subi la dégénérescence épithéliomateuse. Mais à notre avis c'est d'emblée un épithélioma et même des plus malins sur les muqueuses.

Mais, si l'on admet que cette maladie est un cancer, quelle en est

(1) G. Massia et J. Rousset, Critique de la théorie : la maladie de Paget du mamelon est un cancer épidermotrope. *Bulletin de l'Assoc. pour l'étude du cancer*, juin 1930.

(2) Martinotti, Nuovo Contributo allo studio del morbo di Bowen in rapporto alle altre forme epitheliomatose superficiali della cute. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. II, p. 176, 1924 et J. Rousset. La constitution anatomique du mamelon humain. Ses conséquences pathologiques. *Gynécologie et Obstétrique* sous (presse).

l'origine? Pour résoudre ce problème il nous faut étudier les généralisations et les comparer à celles d'autres cancers. Dans la maladie de Bowen les lésions à distance, ganglionnaires sont du type : cancer des dyskératoses. Cancer bien connu, dans les formes cutanées et aussi dans la maladie de Paget, surtout depuis les remarquables travaux de Darier (1). Nous ne nous étendrons pas sur sa description et nous nous bornerons à signaler les *aspects tubulés, en boyaux pleins* observés fréquemment et les aspects en *globes*

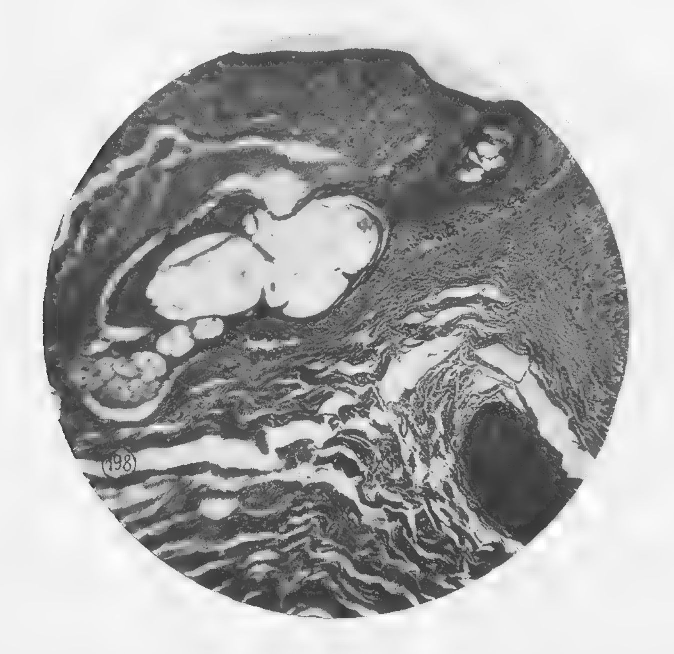


Fig. 9. — Petite lèvre normale. Microphotographie d'une glande sébacée. Remarquer les cellules en dyskératose. Femme de 58 ans. Gross. 50 diam.

creux où il semble y avoir une cavité centrale, *un centre en dégénérescence* entouré par les cellules cancéreuses. C'est évidemment le même cancer dans les maladies de Paget et de Bowen de la peau et dans la maladie de Bowen des muqueuses. Il est donc vraisemblable que le point de départ dans tous les cas est le même.

(1) J. Darier, Le cancer des dyskératoses. Maladie de Paget et maladie de Bowen. *Bulletin de l'Assoc. fr. du cancer*, 1920, p. 169.

On peut observer le même type de généralisation dans une maladie de Paget du mamelon et dans une maladie de Bowen de la petite lèvre par exemple. Il faut donc que l'organe qui donne naissance au cancer dans ces deux régions de structure si différente soit le même. C'est évidemment le même cancer dans la maladie de Paget, dans la maladie de Bowen de la peau et dans celle des muqueuses qui se généralise. Il est donc vraisemblable que le point de départ est le même.



Fig. 10. — Microphotographie d'un point de la préparation précédente (glande sébacée, canal excréteur). On voit les cellules en dyskératose à un plus fort grossissement (210 diam.).

Le seul organe commun au mamelon, à la peau et aux muqueuses spéciales des régions génitales (petites lèvres, sillon balano-préputial) c'est la glande sébacée. Or celles qu'on observe sur les petites lèvres, le gland, les lèvres (lèvre inférieure surtout, face muqueuse) au mamelon (1) sont d'un type très spécial : ce sont des glandes sébacées dépourvues de follicule pileux.

(1) G. Massia et J. Rousset, La structure du mamelon chez la femme. *Bulletin d'Histologie*, avril 1930, p. 118 à 128.

On pourrait donc faire l'hypothèse que c'est la cancérisation du collet de certaines de ces glandes sébacées spéciales à ces organes qui est à l'origine de la maladie de Bowen et de la maladie de Paget. L'aspect des cellules dyskératosiques est assez en faveur de cette manière de voir. Normalement d'ailleurs on trouve chez les femmes âgées au niveau du collet des glandes sébacées des cellules qui ont l'aspect de cellules dyskératosiques (fig. 9 et 10). D'autre part des faits se rapportant à la maladie de Bowen de la peau semblent également plaider en faveur de cette conception. On peut d'ailleurs observer des cancers d'origine sébacée en dehors des dyskératoses épithéliomateuses et ils sont bien connus.

Quoi qu'il en soit de l'origine et de la pathogénie de la maladie de Bowen des muqueuses il faut retenir que cette affection est de nature cancéreuse et que par conséquent son diagnostic présente pour le patient un gros intérêt. Il devra être clinique en ce sens qu'il faudra toujours le soupçonner en présence d'une lésion de type érythroplasique mais il sera surtout histologique et même obligatoirement histologique, puisqu'actuellement on ne peut cliniquement séparer les deux affections.

Lorsqu'on l'aura affirmé, il faudra porter un pronostic et en ce qui concerne la maladie de Bowen des muqueuses nous estimons que ce pronostic est grave.

En ce qui concerne le traitement nous préconisons la radiothérapie pratiquée suivant la méthode de M. J. Coste : pas de filtre, irradiations à feu nu, rayonnement moyennement pénétrant, séance unique, 4.500 à 5.000 R. Cette méthode nous a toujours donné d'excellents résultats auxquels nous ne croyons pas qu'une autre puisse prétendre. Mais, même traitée par cette méthode, cette forme de cancer est toujours à redouter. Les malades devront être suivis et examinés régulièrement les récidives restant toujours à craindre en dehors de la zone irradiée. Si elles se produisaient on les traiterait suivant la même méthode qu'on appliquera également aux généralisations ganglionnaires.

L'ALLERGIE CUTANÉE AU SÉRUM DE CHEVAL DANS LES DIFFÉRENTES FORMES DE LA SYPHILIS

Par MM. A. SÉZARY et M. COUMETOU.

Dans une série de recherches du plus grand intérêt, notre distingué collègue Dujardin (de Bruxelles) a tenté d'établir une systématisation des formes de la syphilis d'après les caractères de l'allergie cutanée non spécifique, c'est-à-dire d'après les résultats de l'intradermo-réaction au sérum de cheval. Il a fait preuve dans cette tentative d'une pénétration et d'une subtilité auxquelles il convient tout d'abord de rendre hommage (1).

Le point de départ de cette doctrine se trouve dans la remarque de Neisser, qui considère à juste titre les lésions tertiaires gommeuses comme allergiques par rapport aux manifestations secondaires, et dans les constatations de Desneux (2), qui voit un nouveau témoignage de cette allergie dans l'intensité des cuti-réactions à la luétine de Noguchi ou à la pallidine de Fischer et Klausner à ce stade tardif de la syphilis. Tout se passerait comme dans l'organisme du tuberculeux, où l'allergie se révèle expérimentalement par le phénomène de Koch et cliniquement par les résultats positifs des cuti-réactions à la tuberculine (3).

Mais Dujardin constate que dans un certain nombre de cas de syphilis ancienne, les cuti-réactions à la luétine sont ou faibles ou nulles, et qu'il s'agit généralement alors de tabès, de paralysie

(1) Dujardin. Un essai de systématisation de la syphilis. *Bulletin de la Soc. royale des Sciences méd. et nat. de Bruxelles*, 1922, n°s 5-6.

(2) Desneux. Cuti-réactions luétiniques chez les syphilitiques. *Journal méd. de Bruxelles*, 16 oct. 1911. — L'allergie dans la syphilis. *Vol. jub. du Centenaire de la Soc. royale de Bruxelles*, 1930.

(3) Dujardin et Duprez. L'allergie dans la syphilis et dans la tuberculose. *Annales de Médecine*, août 1923, et *Revue belge de la tuberculose*, mars 1924.

générale, comme l'avait déjà vu Desneux, ou bien de leucoplasie, d'aortite et même de syphilis secondaire tardive. Il en conclut que le développement de ces localisations généralement graves est en rapport avec l'absence d'allergie chez les malades.

Pour lui, dans la syphilis tardive, à l'allergie cutanée correspondent les lésions gommeuses, relativement bénignes ; à l'anergie, les altérations non gommeuses, de pronostic sombre.

Ainsi donc, d'après Dujardin, la systématisation de la syphilis peut se résumer ainsi.

Après un stade d'anergie cutanée précoce, où les réactions de la peau sont nulles, l'évolution de la maladie se fait dans deux sens différents.

Ou bien il se produit une hypersensibilité tissulaire, c'est-à-dire un état d'allergie, à la faveur duquel se développent les lésions gommeuses.

Ou bien, cette allergie n'apparaît pas, la syphilis reste anergique. Il en résulte des lésions à infiltrat modéré, non gommeuses, telles qu'on les trouve dans le tabès et la paralysie générale.

Tous les auteurs s'accordent pour reconnaître ce caractère d'allergie aux lésions gommeuses, d'anergie aux affections parasyphilitiques. Mais c'est sur le moyen de dépister et de prévoir ces états d'allergie et d'anergie viscérales que porte la discussion.

D'après Dujardin, rien ne serait plus facile que de prévoir si une syphilis qui a atteint sa troisième ou sa quatrième année menace gravement le sujet qui en est atteint. Il suffirait d'une cuti-réaction à la luétine. Si elle est positive, le malade n'aura jamais que des manifestations gommeuses, accessibles à la thérapeutique. Si au contraire elle est négative, il est exposé aux pires dangers, à l'ataxie, à l'aliénation mentale, à l'anévrisme aortique, etc.

Ainsi donc, une simple réaction cutanée révélait l'état d'allergie et d'anergie de l'organisme, d'où dépend l'avenir du syphilitique.

Cette méthode aurait été peu pratique s'il avait été nécessaire d'employer des antigènes spécifiques, comme la luétine ou la pallidine, qu'il n'est pas facile de préparer et de se procurer.

Mais Dujardin et Duprez affirment qu'il n'est pas besoin de réactifs spécifiques. L'allergie cutanée se manifesterait dans la même mesure vis-à-vis d'autres substances protéiques, comme le lait, la tuberculine, voire même le sérum de cheval. De telle sorte que,

dans la pratique, il suffirait d'une intradermo-réaction avec 0 cc. 2 de sérum de cheval pour nous fixer sur la forme de syphilis dont sont atteints nos malades.

Cette doctrine est séduisante. Certains syphiligraphes, comme Gougerot (1), lui font un large crédit. Elle a été appliquée par son auteur et par d'autres, comme Montpellier et Hanoune, à la pathogénie des affections nerveuses parasyphilitiques, qu'elle semble en effet expliquer d'une façon très simple.

Depuis plusieurs années, nous l'avons nous-mêmes prise en considération. C'est le résultat de nos recherches de contrôle que nous allons exposer ici.

*
* *

Cette théorie repose sur deux affirmations :

1° Un organisme sensibilisé à un antigène spécifique se trouve, du même coup, sensibilisé à d'autres antigènes non spécifiques : c'est la doctrine des hétéroallergies de Dujardin et Decamps (2).

2° Les intradermo-réactions au sérum de cheval sont, dans la règle, fortement positives dans la syphilis tertiaire gommeuse et négatives dans le tabès et la paralysie générale.

Voyons si ces deux affirmations sont fondées.

*
* *

Tout d'abord, une sensibilisation cutanée vis-à-vis d'un produit spécifique ou prétendu tel, comme la tuberculine pour la tuberculose, la luétine pour la syphilis, s'accompagne-t-elle fatalement d'une sensibilisation égale vis-à-vis de protéines banales, comme celles du lait, du sérum de cheval, etc. ?

Pour notre part, nous ne le croyons pas.

Systématiquement, à l'hôpital Saint-Louis, chez les malades atteints de dermatoses dont l'origine microbienne ou mycosique est possible, nous faisons simultanément quatre intradermo-réactions

(1) Gougerot et Peyre. Protéinopronostic de la syphilis par intradermo-réactions non spécifiques *Le Monde Médical*, 1er décembre 1927.

(2) Dujardin et Decamps. Influence d'une sensibilisation expérimentale sur l'allergie et les hétéroallergies. *Bulletin de la Société royale des Sciences méd. et nat. de Bruxelles*, 1924, nos 6-7.

avec de la trichophytine, de la levurine, de la streptococcine, de la staphylococcine.

Ces expériences, que nous avons pratiquées avec M. Georges Lévy chez un grand nombre d'individus, nous ont révélé de nombreuses choses intéressantes. Parmi celles-ci, l'une concerne particulièrement le sujet qui nous occupe.

Nous avons vu que, selon nos prévisions, la peau est loin de réagir d'une façon identique vis-à-vis de ces quatre antigènes. Il est fréquent de noter que l'intradermo-réaction est positive avec l'un ou deux d'entre eux, alors qu'elle est négative avec les autres. Sans doute la peau peut s'allergiser à plusieurs antigènes, ce qui montre que les réactions cutanées ne sont pas étroitement spécifiques ; mais elle ne s'allergise pas également vis-à-vis de tous les antigènes protéiques.

Cette constatation va donc à l'encontre de la doctrine de Dujardin et Descamps.

La théorie de nos confrères belges s'oppose d'ailleurs à celle des auteurs américains, que l'existence d'hétéro-allergies n'empêche pas de baser un diagnostic clinique sur le résultat de cuti ou d'intradermo-réactions cutanées, conception qui nous paraît d'ailleurs tout aussi abusive (1), mais qui n'aurait pu être soutenue un seul instant si l'opinion de Dujardin et Decamps était fondée.

Nous ne sommes d'ailleurs pas les seuls à penser ainsi.

Avant les travaux de Dujardin, Blechmann (2) avait recherché s'il existe une liaison allergique entre les cuti-réactions à la luétine et à la tuberculine. Ses résultats avaient été négatifs, car il avait observé six cas où la réaction à la tuberculine était fortement positive, alors que la réaction à la luétine était négative, et inversement dix cas où la première était négative alors que la seconde était fortement positive.

Artom et Fornana (3) ont fait chez 27 syphilitiques des cuti-réactions avec divers antigènes (sérum de cheval, lait, trichophytine). Les résultats ont varié avec les produits. Chez 10 syphilitiques

(1) Sézary. Le problème de la sensibilisation et les méthodes de désensibilisation en Dermatologie. *Revue critique de Pathologie*, 1930, nº 1.

(2) G. Blechmann. La prétendue liaison allergique des cuti-réactions à la luétine et à la tuberculine. *Annales de Médecine*, 1919, t. VI, p. 200.

(3) Artom. Ricerche sperimentale sulla reattivita cutanea nel corso della sifilide. *Giornale ital. de Derm. e Sifil.*, fasc. III, juin 1928.

secondaires en évolution, ils n'ont observé des réactions identiques que dans 50 pour 100 des cas. Chez 6 syphilitiques secondaires latents, le pourcentage était de 33 pour 100. Chez 4 syphilitiques tertiaires, de 100 pour 100. Chez 4 tabétiques, de 75 pour 100. Chez 3 paralylytiques généraux, de 33 pour 100. L'existence des hétéro-allergies a donc été inconstante.

Bizzozero et Bernucci (1) ont, chez des syphilitiques, comparé les résultats des réactions cutanées pratiquées avec un exsudat frais recueilli par ventouse à la surface de lésions secondaires et avec du sérum de cheval ou de la tuberculine. Ils ont noté que chez 36 malades ayant une réaction fortement positive vis-à-vis de l'exsudat syphilitique, 17 ne réagissaient pas du tout vis-à-vis du sérum, 11 faiblement et 8 fortement. Chez 22 réagissant faiblement vis-à-vis de l'antigène syphilitique, 12 avaient vis-à-vis de la tuberculine une intradermo-réaction nulle et 10 une réaction faible.

Aboulker (2) de même a constaté que, chez les Européens aussi bien que chez les indigènes observés en Algérie, il n'y a, quels que soient le stade et la forme de la syphilis, aucun parallélisme entre les cuti-réactions à la tuberculine et les intradermo-réactions au sérum de cheval.

Citons enfin les intéressantes expériences de Troisier et Monnerot-Dumaine (3). Ces auteurs, comparant les résultats des cuti-réactions faites avec du bouillon glycériné concentré et avec de la tuberculine (qui est ce même bouillon glycériné dans lequel ont poussé des bacilles de Koch), ont vu que les réactions avec le premier sont toujours négatives chez l'enfant jusqu'à l'âge de 10 ans et ne s'observent chez l'adulte que très faibles et avec une proportion maxima de 26 pour 100 des cas, tandis que les réactions à la tuberculine sont, comme on le sait, beaucoup plus fréquemment positives.

De ces diverses constatations, nous devons conclure que la première affirmation sur laquelle repose la doctrine de Dujardin n'est pas vérifiée par les faits.

*
* *

(1) Bizzozero et Bernucci. Allergie et superinfezione nella sifilide. *Giornale ital. de Derm. e Sifil.*, janv. 1928, fasc. III ; *Annales de Derm.*, juillet 1928.

(2) Aboulker. Allergie et Syphilis. *Thèse*, Alger, 1928.

(3) Troisier et Monnerot-Dumaine. *Revue de la Tuberculose*, avril 1930, p. 425.

Cette conclusion pourrait nous dispenser d'étudier la seconde affirmation, dont la valeur dépend.

On peut toutefois se demander si Dujardin n'aurait pas fortuitement trouvé dans le sérum de cheval une substance capable, par les résultats qu'elle donne en intradermo-réactions, de nous fixer sur la forme des syphilis que nous examinons.

Il nous a donc paru utile de vérifier si les intradermo-réactions au sérum de cheval sont dans la règle fortement positives dans la syphilis tertiaire gommeuse, et négatives dans le tabès et la paralysie générale.

Les résultats que nous avons obtenus et dont le détail se trouve dans la thèse de l'un de nous (1) ne concordent pas avec ceux de Desneux et de Dujardin.

En voici le résumé dans un tableau où nous indiquons le stade de la syphilis, le résultat de l'intradermo-réaction et le pourcentage des résultats positifs et négatifs. Selon les indications de Dujardin, nous lisons les résultats 24 heures après l'inoculation cutanée et ne jugeons la réaction positive que si la tache ou la papule produites ont un diamètre de plus d'un centimètre.

Nombre de cas étudiés	Diagnostic	Résultats		Pourcentage	
		+	—	+	—
7	Syphilis primaire.	2	5	28 o/o	72 o/o
14	Syphilis secondaire.	4	10	28 —	72 —
6	Syphilis gommeuse cutanée.	3	3	50 —	50 —
2	Syphilis gommeuse nerveuse.	1	1	50 —	50 —
6	Tabes.	4	2	66 —	33 —
44	Paralysie générale (1).	15	29	34 —	66 —

(1) Cas étudiés à l'hospice de Bicêtre dans le service de M. Riche, grâce à l'obligeance de M. Barbé, que nous remercions vivement.

Pour nous en tenir à la question qui nous intéresse, nous constatons que si nous faisons un bloc, d'une part des cas de syphilis gom-

(1) M. Coumétou. L'allergie dans la syphilis. *Thèse*, Paris, 1930.

meuse, cutanée ou nerveuse (qui devraient s'accompagner d'une allergie cutanée d'après la doctrine de Dujardin), d'autre part des cas de tabès et de paralysie générale (qui devraient s'accompagner d'une anergie cutanée), nous trouvons, pour chacun de ces groupes, un pourcentage égal de 50 o/o de réactions positives et de 50 o/o de réactions négatives.

Notons dès maintenant que le nombre moins élevé de résultats positifs chez nos paralytiques généraux tient sans doute à ce fait que plusieurs d'entre eux sont grabataires ou déments. Or, chacun sait que les états cachectiques, comme la phtisie, provoquent dans la règle la disparition des réactions cutanées même spécifiques, comme à la tuberculine. Nous reviendrons sur ce point.

Les chiffres que nous avons trouvés diffèrent donc de ceux de Dujardin. Ils s'accordent avec ceux qui ont été publiés par divers auteurs.

En 1910, Nicolas, Favre et Charlet (1), étudiant les intradermo-réactions à la tuberculine chez les syphilitiques non tuberculeux, trouvent sur 6 tertiaires 6 résultats positifs, sur 12 quaternaires ou anciens syphilitiques sans accidents 11 résultats positifs et 1 douteux. Ces auteurs n'ont donc pas constaté d'anergie cutanée chez les quaternaires.

En 1923, Lelong et Rivalier (2), chez 17 syphilitiques tertiaires, obtiennent, à côté de 5 cuti-réactions à la tuberculine fortement positives, 2 moyennement positives et 9 très faibles ou douteuses. Ce qui prouve que l'allergie cutanée peut faire souvent défaut dans la syphilis tertiaire.

En 1928, Bizzozero et Bernucci (3) notent, chez un certain nombre de tabétiques et de paralytiques généraux, des résultats positifs en injectant dans le derme une goutte d'exsudat de lésions syphilitiques secondaires. Nouvelle preuve que l'anergie cutanée n'est pas de règle dans cette forme de syphilis.

Artom (4) a observé également des intradermo-réactions positi-

(1) Nicolas, Favre et Charlet. Réactions des syphilitiques à la tuberculine. *Soc. Médic. des Hôp. de Lyon*, 1er mars 1910, p. 413 et *Congrès internat. de Dermat.*, Rome, 1912.

(2) Lelong et Rivalier. Anergie syphilitique. *Soc. de Biologie*, février 1923. Lelong. *Paris Médical*, 30 juin 1923.

(3) Bizzozero et Bernucci. *Loco citato.*

(4) Artom. *Loco citato.*

ves au sérum de cheval et à la tuberculine chez des tabétiques et des paralytiques généraux. De même, Aboulker (1), qui a étudié à ce point de vue l'Européen et l'indigène musulman vivant en Algérie.

Tout récemment, Grzybowski (2), faisant des intradermo-réactions avec du sérum de cheval chez 16 syphilitiques tertiaires, trouve un pourcentage de 50 résultats négatifs, 12,5 faiblement positifs, 25 positifs et 12,5 fortement positifs. En répétant les réactions, il provoque, chez les syphilitiques comme chez les non-syphilitiques, une sensibilisation progressivement croissante au sérum. Aussi ne croit-il pas possible de distinguer, comme le veut Dujardin, des formes de la syphilis selon l'état d'allergie ou d'anergie cutanées (3).

Gougerot et Peyre (4), qui paraissent fortement séduits par la théorie de Dujardin, rapportent cependant des résultats contraires à cette théorie : 5 cas de gommes avec des intradermo-réactions négatives, 1 cas de tabès avec réaction positive (5).

*
* *

Ainsi donc, la systématisation, tentée par Dujardin, des formes de la syphilis selon les caractères de l'allergie cutanée au sérum de cheval, ne nous paraît pas acceptable.

D'ailleurs, peut-on affirmer qu'une allergie cutanée témoigne d'une allergie de tout l'organisme ? Du fait qu'on la constate à la peau, allons-nous conclure qu'elle existe également dans tous les orga-

(1) Aboulker. *Loco citato.*

(2) Grzybowski. L'allergie de la peau dans la syphilis. *Acta dermato-venereologica*, mars 1930, t. XI, fasc. 1.

(3) Sans envisager spécialement la doctrine de Dujardin, Cartia (*Giornale ital. de Dermato e Sifil.*, avril 1929) a recherché si l'intradermo-réaction au sérum de cheval était suivie de résultats identiques dans les cas de syphilis que les données cliniques, sérologiques ou thérapeutiques permettent de rapprocher. Or ces résultats se sont montrés essentiellement disparates.

(4) Gougerot et Peyre. *Loco citato.*

(5) Contrairement à Grzybowski, ces auteurs attribuent une grande importance à la capacité de sensibilisation à la suite d'injections répétées de sérum de cheval. Dujardin et Decamps avaient déjà étudié ce fait. Mais c'est sur le phénomène de la *sensibilité* et non de la *sensibilisation* cutanée au sérum que Dujardin a basé sa systématisation de la syphilis. Et il va de soi que, si l'importance doctrinale de la sensibilité est nulle, celle de la sensibilisation le sera tout autant : c'est pourquoi nous n'insistons pas ici sur ce phénomène secondaire.

nes ? Cette supposition nous paraît absolument inapplicable au tissu nerveux, par exemple. Celui-ci en effet ne participe guère aux réactions d'immunité de l'organisme. A ce point de vue, il paraît comme étranger aux humeurs qui le pénètrent, et c'est même ce fait qui explique l'extrême rareté des gommes développées primitivement dans le cerveau. Ce point capital nous paraît d'ailleurs donner la seule explication satisfaisante de la pathogénie de la syphilis nerveuse (1).

La théorie de Dujardin n'est-elle pas contredite aussi par certains faits cliniques, comme l'existence de gommes cutanées chez des tabétiques ou des paralytiques généraux ? Cette objection, que nous avons jadis opposée à la doctrine du virus neurotrope, s'applique également à la doctrine anergique. Comment expliquer que dans l'organisme prétendu anergique d'un tabétique ou d'un paralytique général se développent les lésions cutanées allergiques les plus caractérisées ? On ne saurait prétendre, comme le veut Dujardin, que le développement d'une gomme cutanée indique la cessation de l'anergie et le début d'une allergie qui va enrayer l'évolution des lésions nerveuses. Car celles-ci n'en peuvent pas moins continuer leur progression, comme nous avons pu le constater. Et inversement les cas où l'on observe un ralentissement ou un arrêt des progrès de la maladie ne sont pas seulement ceux où une gomme survient.

Ravaut (2) a également objecté l'appartion au cours de la syphilis secondaire prétendue anergique de lésions nerveuses, dites neuro-récidives, (qu'avec Audry nous préférons appeler neuro-réactions), qui sont du type allergique. On pourrait répondre que cette complication s'observe chez des malades qui ont reçu un début de traitetement et dont l'anergie est en voie de disparition. Mais il est peu vraisemblable que les 15 ou 45 centigrammes de 914 injectés soient suffisants pour enrayer cette anergie. Et d'ailleurs, comme le reconnaît Dujardin lui-même, l'allergie vraie ne s'installe que lentement, au bout de plusieurs années.

D'autre part, puisque les hétéro-allergies se développent aussi bien

(1) A. Sézary. Pathogénie des affections nerveuses parasyphilitiques. *Revue Neurologique*, 1921, n° 4, p.337. La syphilis nerveuse, 1 vol. (Masson, éditeur, 1926), p. 770.

(2) Ravaut. *Congrès des Dermat. et Syphiligraphes de langue française*, Paris, juillet 1929 (comptes rendus des discussions, p. 164).

dans la tuberculose que dans la syphilis, comment interpréter les réactions cutanées au sérum des sujets atteints à la fois des deux infections ? De tels cas sont certainement fréquents, beaucoup plus fréquents qu'on pourrait le croire au premier abord. Si la doctrine de Dujardin était théoriquement exacte, ils suffiraient pour en rendre l'application pratique très aléatoire. La facilité même avec laquelle la peau peut s'allergiser et s'hétéro-allergiser aux protéines fait perdre au phénomène de l'intradermo-réaction au sérum toute signification précise et en rend l'interprétation bien hasardeuse. Nous croyons fermement que, en dehors des premiers mois de la syphilis, l'infection par le tréponème ne retentit pas directement sur l'allergie cutanée non spécifique.

Par ailleurs, l'anergie aussi bien que l'allergie cutanée des syphilitiques anciens apparaissent comme des caractères bien fragiles pour servir de base à une systématisation aussi tranchée, aussi irréductible, que celle des formes de la syphilis. Dujardin lui-même n'a-t-il pas montré qu'il suffisait parfois de quelques intradermo-réactions au sérum pour faire disparaître l'anergie cutanée ? N'a-t-il pas écrit d'autre part que l'allergie des syphilitiques tertiaires est un phénomène transitoire et irrégulier ? On a peine à concevoir qu'un tabès puisse cesser d'évoluer parce que, après quelques injections de sérum, la peau aura été le siège d'une modification aussi instable.

*
* *

Nous croyons bien que l'*anergie cutanée* est fréquente au cours de la *période primo-secondaire* de la syphilis. Mais ceci n'a rien à voir avec la systématisation de la maladie.

L'anergie cutanée n'est pas un fait exceptionnel au cours des infections aiguës et des septicémies. Non seulement dans la rougeole où elle est particulièrement marquée, mais encore dans la fièvre typhoïde, dans la tuberculose aiguë, dans le paludisme d'invasion, etc., etc., les réactions cutanées aux protéines, et plus particulièrement à la tuberculine, s'effacent, pour reparaître quand le malade guérit. C'est un fait sur lequel nous avons insisté un des premiers en 1913 (1).

(1) A. Sézary. La cuti-réaction à la tuberculine au cours des infections aiguës. *Gazette des Hôpitaux*, octobre 1913.

Mais cette anergie de la septicémie syphilitique est fragile, puisque pour la faire disparaître, il suffit d'une affection cutanée prurigineuse (Dujardin et Decamp), de quelques inoculations intradermiques de sérum (Dujardin et Decamps), d'un traitement mercuriel (Noguchi) ou arsenical (Lelong et Rivalier). Dans la syphilis non traitée, elle s'efface spontanément au bout de 7 à 8 mois (Lelong et Rivalier). Elle fait même défaut chez les indigènes algériens dont les téguments sont exposés non seulement à la vive lumière du soleil africain, mais encore à des traumatismes répétés de la peau (Aboulker).

Quand à l'*allergie cutanée des syphilitiques tertiaires* vis-à-vis des antigènes protéiques, nous ne la croyons pas nécessairement en rapport avec l'allergie spécifique qui produit la gomme.

Ceux qui l'ont trouvée fréquente doivent se souvenir qu'un sujet s'allergise spontanément avec les progrès de l'âge. Chacun sait que les réactions à une première injection de sérum thérapeutique sont beaucoup plus fréquentes et plus intenses chez un vieillard que chez un sujet jeune. Dans leurs recherches récentes, Troisier et Monnerot-Dumaine ont noté que les résultats des intradermo-réactions au bouillon glycériné concentré sont négatifs chez l'enfant de moins de 10 ans et de plus en plus fréquemment positifs chez les sujets plus âgés. Cette seule constatation suffit pour expliquer, à notre avis, le pourcentage plus élevé des réactions cutanées qu'on a pu constater chez les anciens syphilitiques.

Enfin, d'après les résultats que nous avons réunis, l'*anergie cutanée des tabétiques et des paralytiques généraux* est également très inconstante. Un phénomène aussi inconstant ne saurait servir de base à une systématisation. Quand il existe, comme dans les statistiques de Desneux et de Dujardin, on peut l'expliquer soit par un état cachectique qui rend régulièrement négatives les cuti-réactions à la tuberculine, soit par une insuffisance hépatique (Fiessinger et Brodin), soit encore par une septicémie passagère que Graves, Levaditi et Marie, Arzt et Kerl, Matauschek ont mise en évidence chez les paralytiques généraux (nous avons rappelé que les réactions cutanées s'effacent au cours des septicémies).

*
* *

Ainsi donc les réactions cutanées au sérum de cheval chez les syphilitiques nous paraissent des phénomènes contingents, dont les variations nous semblent indépendantes de la forme évolutive de la syphilis. Aussi ne sauraient-elles, à notre avis, être prises pour base d'une systématisation ou du pronostic de l'infection par le tréponème.

DERMITE PROFESSIONNELLE ARSÉNIEUSE

Par Paul VIGNE
Dermatologiste des Hôpitaux de Marseille
Chargé de Cours de Clinique Dermatologique à la Faculté de Médecine.

Nous avons eu l'occasion d'observer à la Clinique Dermatologique, depuis le début de l'année, toute une série de malades présentant les mêmes symptômes d'une dermatose siégeant particulièrement sur la face, les bourses et les membres.

Ces malades sont des ouvriers travaillant dans une usine de la banlieue de Marseille, spécialisée dans la fabrication de produits utilisés en agriculture contre les parasites et les maladies cryptogamiques. On emploie, pour ces fabrications, comme matière première, divers produits chimiques, mais plus particulièrement, et en quantité très importante, de l'anhydride arsénieux.

L'usine reçoit tout préparé et en poudre, cet anhydride arsénieux, et à partir de ce corps, fabrique des arsenites, des arséniates de soude, de plomb, de chaux, et les verts de Schweinfurt et de Scheele.

L'arséniate de soude est obtenu par oxydation de l'anhydride arsénieux en présence de carbonate de soude et de nitrate de soude, il contient jusqu'à 55 o/o d'anhydride. Le mélange des produits est envoyé dans un four tournant, puis à la sortie de celui-ci, broyé finement et embarillé dans des fûts métalliques.

A partir de cet arséniate de soude, on prépare de l'arséniate de chaux et surtout de l'arséniate de plomb. Ce dernier produit servant de base à la préparation d'insecticides aujourd'hui de plus en plus employés en agriculture, notamment contre le doryphora. Cet arséniate de plomb est obtenu par double décomposition de l'arséniate sodique avec l'acétate de plomb. Cette fabrication a lieu « à l'humide » et les ouvriers manipulent peu l'arséniate de plomb qui est

livré habituellement à la clientèle sous forme de pâte en boîte de 1 kilo.

Les verts de Schweinfurt et de Paris entrent dans la composition de diverses peintures, et, en particulier des peintures sous-marines. Leurs propriétés toxiques seraient mises à profit pour détruire les mollusques et les infusoires qui s'attachent aux coques des navires.

Le vert de Schweinfurt est un acéto-arsenite de cuivre qui se prépare au moyen de la double décomposition entre l'arséniate de soude et l'acétate de cuivre.

Le vert de Paris, ou vert de Scheele est un arséniate de cuivre obtenu par la double décomposition de l'arséniate de soude avec un sel de cuivre soluble, en général le sulfate.

On fait dissoudre le sulfate de cuivre dans une cuve en bois chauffée à la vapeur ; d'autre part, on fait une solution de carbonate de chaux et d'anhydride arsénieux. On mélange les deux solutions en agitant pendant deux jours, le précipité est ensuite additionné d'acide acétique. Le produit final est envoyé au filtre à vide, et la poudre reste sur la toile. Cette poudre passe ensuite par wagonnets dans une étuve à tunnel à 80°. Le produit sec est alors recueilli dans des bennes, broyé très finement puis ensaché ou emboîté.

Toutes les opérations que nous venons d'examiner rapidement passent donc par deux phases : une phase de travail « à l'humide », une phase de travail « au sec ». Les ouvriers sont relativement peu nombreux, 15 à 16 au maximum. Ils travaillent de 8 à 10 heures par jour. Ils sont surtout occupés à la préparation des mélanges, à l'ensachage et à l'emballage des produits fabriqués. Toutes ces opérations sont faites à la main, et l'anhydride arsénieux est fatalement et longtemps, en contact avec les hommes, soit pendant le chargement des trémies, soit pendant l'ensachage.

Ces ouvriers sont munis d'une grande combinaison de toile à tissu très serré, de gants en toile et peau, mais qui sont lourds, incommodes et trop courts de manche ; ils portent des lunettes et ont à leur disposition une sorte de masque fait avec un grand tampon de coton qui forme bâillon, leur couvrant le nez et la bouche. La plupart le trouvent impossible à supporter longtemps et se contentent de placer des tampons de coton dans leurs narines. Il est recommandé aux ouvriers de se talquer fortement les parties découvertes, et de se laver les mains avant d'aller au w.-c. Enfin, il leur

est donné une ration de lait. Le personnel dispose d'une installation de douche avec eau chaude.

Au point de vue des poussières, la direction de l'usine sous la pression de l'Inspection Départementale du Travail, a cherché à les atténuer au maximum ; le sol des ateliers est régulièrement lavé à grande eau, il y a des appareils capteurs de poussière et des ventilateurs, mais il y a des pertes de charges, des engorgements, des fissures inévitables dans les conduites, aussi l'efficacité de ces moyens est-elle loin d'être parfaite.

En fait, tant à l'atelier des mélangeurs qu'au broyage, au séchage et à l'emballage, la quantité de poudre en suspension dans l'air est très importante, et le contact des ouvriers avec les produits arsenicaux se prolonge pendant toute la durée du travail, en même temps qu'ils absorbent les poussières toxiques par les voies respiratoires.

Etant donnés les contacts permanents, et malgré toutes les précautions prises, la généralité des ouvriers présentent rapidement des troubles généraux, et des dermites diverses qui les obligent à cesser le travail, et souvent même à entrer à l'hôpital. C'est ainsi que nous avons pu observer à la Clinique Dermatologique de la Faculté de Médecine de Marseille, un certain nombre de ces malades.

OBSERVATIONS

Obs. I — Antoine T..., âgé de 55 ans, entre à la Clinique le 31 janvier 1930 pour des accidents cutanés siégeant sur la face, les bourses et les jambes.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels.

Le malade est entré à l'usine le 10 janvier, il travaille 9 heures par jour, et est occupé à la surveillance des mélanges et à la manipulation des produits. Il a toujours porté une combinaison et un masque.

C'est le quatrième jour après le début de son travail que cet ouvrier a senti une petite démangeaison dans les sillons naso-géniens et autour de la bouche. Dès le lendemain, en ces points, apparaissent des rougeurs, puis des lésions vésiculeuses qui augmentent peu à peu de nombre et de volume. En même temps que ces phénomènes cutanés se développent, peu à peu, les phénomènes généraux suivants apparaissent : inappétence, céphalée, vomissements et un peu de température le soir. Il s'écoule du nez une sérosité abondante qui amène sur le mouchoir une quantité assez importante de poudre verdâtre. Le malade signale que cet écoulement nasal, avec la transpiration et la salive, imprègnent, très rapidement, d'humidité, le tampon du masque, qui devient ainsi un véritable panse-

ment humide. Ce tampon est fortement souillé de poudre après quelques instants de travail.

A l'examen, le malade présente :

1° Dans les sillons naso-géniens, sur la moustache, la lèvre supérieure, la lèvre inférieure et les commissures, des papulo-vésicules recouvertes de croûtes mélicériques, le tout reposant sur une base érythémateuse. Ces lésions ne sont pas prurigineuses, mais un peu douloureuses. Il n'y a pas de lésions des muqueuses proprement dites. On note la présence d'éléments semblables à ceux du visage (plaques érythémateuses avec vésiculations et croûtes) sur le cou et sur la nuque.

2° Sur les bourses, les téguments sont infiltrés et présentent de grandes ulcérations ; l'une d'entre elles est particulièrement importante sur la face antérieure. Cette ulcération superficielle, très large, rouge, est recouverte d'un enduit diphtéroïde. Ces ulcérations sont douloureuses et ressemblent d'assez près à celles observés avec l'ypérite.

3° L'épiderme des mains est hyperkératosique par épaississement corné professionnel. Les mains présentent une teinte générale verdâtre. Les ongles présentent une teinte rougeâtre particulièrement accusée au milieu de l'ongle.

Sur les avant-bras et au niveau du pli du coude, on note des lésions croûteuses, des papules, surmontées d'une petite vésicule desséchée. La croûte séro-hématique enlevée, montre au-dessous d'elle une ulcération assez profonde à bords taillés à pic, avec un fond recouvert d'une sérosité blanc jaunâtre. Ces éléments de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de blé, sont répartis par groupes de sept à huit. Sur les jambes qui sont, par ailleurs, le siège d'une dermatose scléro-pigmentaire d'origine probablement variqueuse, on constate à la face interne de la partie moyenne de la jambe gauche, trois éléments. Ces éléments présentent trois zones très nettes : une zone externe d'un diamètre de 10 à 12 millimètres, érythémateuse ; une zone moyenne jaunâtre nettement phlycténulaire, de 4 millimètres de diamètre, et enfin, au centre, une petite croûte noirâtre dure et adhérente. Les lésions sont légèrement indurées, un peu surélevées et non douloureuses. C'est la reproduction exacte de l'aspect classique du pigeonneau. Un de ces éléments est excisé pour examen histologique.

Examen du sang :

Globules rouges.	4.309.000
Globules blancs.	7.580
Polynucléaires neutrophiles	67
Polynucléaires éosinophiles	0,5
Mononucléaires	18
Lymphocytes.	14,5

Azotémie : 0 gr. 40 p. 1.000.

Bordet-Wassermann : négatif.

Hecht : négatif.

Vernes : 4.

Analyse des urines :

Sucre	0
Albumine	traces légères

Recherche de l'arsenic dans les urines :

Le 8 février, c'est-à-dire, 8 jours après la cessation du travail, on trouve encore dans les urines 2 mgr. 7 d'arsenic calculé en anhydride arsénieux.

Le 10 février.	1 mgr.
12 février.	0 mgr. 4
14 février.	0 mgr. 2
16 février.	traces indosables
21 février.	0 mgr.

Obs. II. — Félix L..., 34, ans, entre à la Clinique le 31 janvier 1930, pour des lésions diffuses de la face, du cou, des bourses, des mains et du pied. Cet ouvrier est entré le 3 janvier à l'usine des produits chimiques. Il est employé comme manœuvre au mélangeur à sec. Au bout de 8 jours il commence à tousser et à cracher, et simultanément apparaissent, sur le visage et sur le cou, des lésions érythémateuses et prurigineuses qui se couvrent rapidement de vésicules et de phlyctènes. Cet ouvrier n'a pas cessé de porter un masque de coton, mais a travaillé la plupart du temps, avec ses effets personnels, et, de fait, son pantalon de toile est constellé de larges taches jaunâtres et verdâtres.

A l'examen, on note sur toute la surface du visage, et particulièrement sur le front, le nez, le sillon naso-génien, et la moustache, des éléments phlycténoïdes. En certains points, la phlyctène est conservée; c'est une bulle peu tendue à contenu séro-purulent; plus souvent elle est ouverte, elle se recouvre, alors, d'une croûte, soit franchement mélicérique, soit sérohématique. Si on enlève les croûtes, on découvre une ulcération très superficielle rouge et suintante. Les muqueuses de la bouche sont indemnes. En avant du cou, on note quelques éléments, et, en arrière, sur la nuque, deux grandes ulcérations recouvertes de croûtes jaunâtres, épaisses, adhérentes, avec une ulcération profonde à bords taillés à pic. Sur la main gauche trois éléments à bordure érythémateuse, phlycténulaire et nécrotique au centre. A noter également sur les ongles des annulaires et auriculaires des deux mains une teinte rougeâtre acajou. Sur les bourses, on note une grande ulcération très étendue se continuant même sur la partie inférieure du fourreau de la verge, et une ulcération diphtéroïde au niveau du prépuce ayant sectionné le frein

Pieds. — Sur la face externe du talon droit, une grosse phlyctène de 3 centimètres sur 2 centimètres à plafond épais. Au centre, on voit une escharre noirâtre et indolore.

Sur le pied gauche, à la partie supérieure du gros orteil, on note une escharre noire, dure du diamètre d'une pièce de un franc ovalaire, enchâssée très profondément dans l'épiderme, se continuant à pic avec la peau saine d'un côté, et avec les vestiges d'une ancienne phlyctène de l'autre. Cette escharre n'est pas douloureuse ni à la palpation, ni à la pression,

même un peu forte. Il est à noter qu'au cours de son travail, l'ouvrier portait des espadrilles de toile, au lieu de chaussures en cuir.

Examen du sang :

Globules rouges	4.588.000
Globules blancs	17.050
Polynucléaires neutrophiles	80
Polynucléaires éosinophiles	3
Mononucléaires	7
Lymphocytes	18

Bordet-Wassermann : négatif.
Hecht : douteux.
Vernes : 2

Urine :

Sucre	0
Albumine	0

Recherche de l'arsenic dans les urines :

Le 8 février	2 mgr. 5
10 février	0 mgr. 9
12 février	0 mgr. 3
21 février	néant

Obs. III. — Louis B..., 33 ans, entre à l'usine le 1er janvier 1930, a travaillé 11 heures par jour à la mise en boîtes du vert de Paris. Il signale avoir éprouvé dès le 5 ou 6 janvier de l'aphonie, un catharre nasal, de l'œdème des paupières, de l'anoxerie et de la courbature.

C'est le 10 janvier qu'apparaissent les premiers éléments cutanés. D'abord au mollet, ensuite aux bourses, puis au cou et au visage. C'est le prurit qui commence avant l'apparition des papulo-vésicules.

A l'examen, on constate au niveau de la région péribuccale (commissures labiales, plis du menton, sillons nasogéniens et moustaches), la présence de nombreuses croûtes mélicériques, confluentes par endroits, de petites dimensions, facilement enlevables à la curette, laissant au-dessous d'elles une ulcération très superficielle. Au niveau de la nuque, deux grosses escharres noires du diamètre d'une pièce de 50 centimes. Les bourses sont œdématiées et volumineuses (3 fois leurs dimensions normales) mais sans hydrocèle. On note sur la face postéro-externe, la présence d'ulcérations symétriques suintantes ou recouvertes d'un enduit diphtéroïde. Le tout est le siège d'un prurit intense. Dans l'angle péno-scrotal une ulcération du diamètre d'une pièce d'un franc. Enfin, sur la verge, et même au niveau du sillon balano-préputial quelques ulcérations du diamètre d'une lentille, en coup d'ongle, recouvert d'un enduit diphtéroïde. Sur les doigts des deux mains on observe des hématomes sous-unguéaux.

Sur les membres inférieurs, au tiers moyen des deux jambes, on observe de larges placards formés par des ulcérations à bords arrondis ou irréguliers, plus ou moins confluentes. Chaque élément est constitué

par les trois zones : érythémateuse, phlycténulaire et escharrotique. En soulevant l'escharre épaisse et très adhérente, on découvre une ulcération profonde de 3 millimètres taillée à pic, avec fond sanieux. On note, aussi, sur la face interne du genou gauche, une escharre d'un diamètre de 15 millimètres et un certain nombre de pigeonneaux sur la région rotulienne gauche et dans le creux poplité des deux côtés.

Il est à noter que le pantalon de drap du malade était très souillé de matières chimiques, et que les points où on observe les ulcérations sont ceux où s'exercent habituellement les frottements du pantalon.

Les dimensions du foie et de la rate sont normales.

Examen du sang :

Globules rouges	4.691.000
Globules blancs	10.850
Polynucléaires neutrophiles	78
Polynucléaires éosinophiles	3
Lymphocytes	13
Mononucléaires	6

Bordet-Wassermann : 0

Hecht : 0

Vernes : 3

Recherche de l'arsenic dans les urines :

Le 8 février	2 mgr. 5
10 février	0 mgr. 89
12 février	0 mgr. 3
18 février	0 mgr.

Obs. IV. — Antoine M..., entré le 18 janvier à l'usine, est obligé de quitter le travail le 5 février. Il est occupé à la mise en boîte des poudres. Il travaillait avec un masque de ouate, des gants en toile et peau et chaussé de chaussures de cuir.

Dès le 4e jour, maux d'estomac, vomissements, ballonnement du ventre, avec coliques et fièvre. Il signale des démangeaisons sur le corps, en particulier sur les bourses, dès le 2e jour.

A l'examen du 8 février, on note, sur la région péri-buccale, des éléments vésiculeux et phlycténulaires avec croûtes jaunâtres. En d'autres points, ces croûtes, facilement enlevables, reposent sur un tégument érythémateux, mais apparemment non ulcéré. Au niveau du tronc quelques éléments papuleux à type de pigeonneau, du volume d'un petit pois.

Sur les bourses, ulcérations étendues, douloureuses, suintantes, recouvertes d'un enduit diphtéroïde. Rien à signaler sur les jambes, les pieds, les avant-bras et les bras.

On constate sous le bord interne de l'ongle de l'auriculaire droit, un petit hématone sous-unguéal de couleur brunâtre et de la dimension d'une lentille.

Lésion identique au niveau de l'ongle de l'auriculaire gauche.

Obs. V. — Yves L..., âgé de 34 ans, entré le 21 février 1930 à l'usine, a travaillé jusqu'au 5 mars à la manipulation des produits secs. Ce malade a été obligé de partir le 5 mars, parce que « il ne pouvait plus tenir ». L'apparition des premiers boutons sur le visage s'est faite deux jours après son entrée à l'usine. Puis quelques jours après les lésions se montrent aux bourses.

A l'examen, on constate une éruption disséminée sur le front, le nez, les pommettes, le menton et la nuque, caractérisée tantôt par des vésicules de dimensions lenticulaires, tantôt par des vésico-pustules ou des phlyctènes, enfin par des lésions croûtelleuses jaunâtres d'aspect impétigineux.

Au niveau du scrotum éruption de même type. Il n'y a pas d'ulcérations profondes à type de pigeonneau.

Il est à noter que le malade a toujours correctement mis le masque, les gants et la combinaison de toile.

Obs. VI. — Fernand L..., âgé de 34 ans. Ce malade est resté trois jours seulement à l'usine, au bout de ce temps il a présenté une éruption très violente à la face et au scrotum qui l'a obligé à quitter le travail.

A l'examen, on note une éruption de type très polymorphe composée d'éléments bulleux vésiculo-pustuleux et impétigineux. Ces éléments prédominent au niveau du menton.

Aux bourses et au niveau des sillons génito-cruraux, érythème intertrigineux avec de nombreuses vésiculo-pustules.

Obs. VII. — Jean B..., âgé de 31 ans, travaille seulement 5 jours à l'usine comme manœuvre à la manipulation des poudres.

A l'examen, on note une éruption très disséminée sur la face et le cuir chevelu, avec prédominance au niveau du menton, du front, et de la région occipitale, éruption du type vésiculo-bulleux, vésiculo-pustuleux. Pas d'éléments sur les bourses, ni sur les membres.

Obs. VIII. — Léon D..., 19 ans, est entré le 5 janvier à l'usine où il est resté jusqu'au 25 février, employé à la manipulation des poudres. Les premiers boutons sont apparus sur le visage dès le cinquième jour, et sur les bourses dès le huitième. A dû cesser le travail à cause des douleurs et de la gêne considérables éprouvées.

A l'examen, lésions impétigineuses, vésiculo-bulleuses et suintantes de la face et des bourses.

Obs. IX. — Marius B..., âgé de 31 ans, employé à l'usine à la manipulation des poudres. Il a présenté les premières lésions de la face 5 jours après le début du travail.

A l'examen, on note des lésions vésiculo-bulleuses sur le menton, le

front et sur le pourtour de l'orifice buccal. Ces lésions sont légères et le malade sort de l'hôpital complètement cicatrisé 10 jours après son entrée.

Obs. X. — Léon G..., âgé de 39 ans, entré à l'usine le 2 avril, s'arrête le 1er mai pour quelques jours parce qu'il avait mal aux yeux et qu'il avait le visage couvert de boutons. Dix jours après la reprise de son travail, les lésions apparaissent sur le visage, les pieds et les bourses. Ce malade déclare n'avoir jamais mis de masque, il mettait simplement du coton dans ses narines.

A l'examen, on note sur le visage, sauf sur la région protégée par la casquette, des éléments suintants, recouvert de croûtes jaunâtres se détachant facilement. Ces éléments sont particulièrement plus nombreux sur le nez, les lèvres et les paupières.

Au niveau du scrotum, ulcérations sanieuses de la dimension d'une pièce de 50 centimes.

Au niveau du bord interne de l'auriculaire gauche, on note une escharre de la dimension d'une pièce de 50 centimes survenue 15 jours après l'entrée du malade à l'usine.

Au niveau de la face dorsale du pied gauche présence de deux pigeonneaux, un autre pigeonneau sur le milieu du bord interne du pied droit.

Etude clinique.

En étudiant les 10 observations qui précèdent, nous voyons que tous nos malades ont travaillé dans cette usine de produits chimiques un temps assez court. C'est en général dès le quatrième ou cinquième jour, pour quelques-uns dès le deuxième jour que se manifestent les premiers symptômes. En même temps que se développent les lésions cutanées qui nous occuperont particulièrement ici, surviennent des phénomènes généraux.

Ces phénomènes généraux sont assez variables, ils ont été plus ou moins accentués suivant les cas, précédant ou suivant de près la réaction cutanée. Les malades se plaignent surtout d'accidents du côté digestif : anorexie, sensation de soif après chaque prise d'aliments, ballonnement du ventre et diarrhée.

Mais on note aussi de l'œdème des paupières, un peu de laryngobronchite, et surtout un coryza muco-purulent intense se traduisant par un jetage nasal très abondant, particulièrement désagréable sous le masque d'ouate. Au point de vue nerveux, nous n'avons observé ni paralysies, ni parésies, ni troubles quelconques de la sensibilité, cependant les malades signalent une céphalée pénible,

lancinante, persistant même la nuit et pouvant empêcher le sommeil.

En somme, on constate chez ces malades, à des degrés divers, les signes classiques de l'intoxication arsenicale, et il est probable que si ceux-ci restent malgré tout relativement peu accentués, cela tient, simplement, à ce que la gêne douloureuse des lésions de la peau ne permet pas longtemps le travail, et que l'ouvrier quitte l'usine avant une intoxication arsenicale plus importante.

Les lésions cutanées observées chez nos malades sont de deux ordres :

1° Des lésions très superficielles vésiculeuses, vésiculo-bulleuses et croûteuses, localisées sur la peau et les bourses ;

2° Des lésions plus profondes, ulcéreuses, escharrotiques, disséminées sur tout le corps, mais plus particulièrement nombreuses sur les membres.

a) *Lésions superficielles vésiculo-bulleuses de la face et des bourses.*

A la face, c'est au niveau du front, des sillons naso-géniens, aux commissures, sur la lèvre inférieure, dans la moustache et dans la barbe, que nous trouvons les lésions les plus accentuées.

Le début se fait par un érythème intense couvrant la face, et particulièrement autour de la bouche, exactement disent les malades, sur l'emplacement du masque de ouate qu'ils portent pendant le travail. Cet érythème s'accompagne d'un œdème léger, et d'un prurit qui ne fait jamais défaut.

Très rapidement, en général, dès le lendemain, apparaissent sur les placards érythémateux, des vésicules qui s'agrandissent, deviennent vite de petites bulles à parois flasques et à contenu à peine louche, tout au moins tant qu'elles ne sont pas infectées. Le nombre des vésico-bulles augmente et en deux ou trois jours l'éruption parvient à la période d'état, telle que nous la représente la figure 1.

A l'examen des malades à leur entrée à l'hôpital on note, sur toute la surface du visage, des éléments bulleux phlycténoïdes reposant sur une base érythémateuse. En certains points, le toit des bulles est conservé, elles sont peu tendues et leur contenu est séro-purulent. L'examen microscopique ne montre dans le liquide, que quelques polynucléaires et ¡ as de microbes visibles.

En d'autres points, d'ailleurs les plus nombreux, les phlyctènes sont ouvertes, l'épiderme décollé est arraché et laisse apparaître des ulcérations extrêmement superficielles, rouges, un peu suintantes. Très rapidement, ces ulcérations sont recouvertes par des croûtes jaunâtres, ambrées, translucides, habituellement d'aspect mélicérique, mais, quelquefois, séro-hématiques. Ces croûtes sont fort peu adhérentes, quelquefois granuleuses, surtout dans la barbe et la moustache, et l'aspect général de ces lésions est tout à fait celui de l'impétigo mixte banal. Toutefois l'examen minutieux de la peau, ou l'enlèvement de quelques croûtes, met en évidence des vésicules ou des bulles non ouvertes et non infectées.

Il est à noter que les muqueuses, lèvres, bouche, langue, conjonctives, sont parfaitement indemnes.

Sur les bourses : les lésions sont de même ordre, mais plus accentuées.

Dans leur ensemble les bourses sont œdématiées, volumineuses (dans un cas, elles atteignaient un volume triple du volume normal) ; elles sont rouges, recouvertes de larges ulcérations rondes ou polycycliques, cachées sous des croûtes jaunâtres, ou, le plus souvent, sous un enduit blanchâtre d'aspect diphtéroïde.

Ces ulcérations sont très douloureuses, gênent la marche et le travail, et c'est surtout la douleur et la gêne qu'elles provoquent qui forcent l'ouvrier à quitter le travail.

En général, la région anale n'est pas atteinte, mais nous avons observé assez souvent des ulcérations sur la muqueuse préputiale et le gland ; chez un de nos malades, une ulcération diphtéroïde avait même sectionné le frein.

b) *Lésions ulcéreuses.*

Ces lésions, d'aspect bien particulier, peuvent se rencontrer sur tous les téguments, nous les avons observées plus fréquentes et plus nombreuses aux points qui ont été plus spécialement en contact avec les poudres toxiques, c'est-à-dire les mains, les avant-bras, les jambes et la nuque.

Ce sont des ulcérations assez petites, leurs dimensions varient entre 3 et 10 millimètres mais on peut en observer de plus larges, de la grandeur d'une pièce de 1 à 2 francs. Elles peuvent être uniques ou très peu nombreuses, isolées, séparées par de larges espaces de peau saine, ou au contraire, ce qui est plus rare, plus rap-



Fig. 1. — *Dermite vésiculo-bulleuse de la face* aux points d'élection habituels : front, sillons nasogéniens, moustache et barbe.

prochées, confluentes même, formant de vastes ulcérations à bords polycycliques. Elles sont rondes, souvent même parfaitement rondes, quelquefois ovalaires.

Examinée au début, la lésion ulcéreuse se présente avec trois zones parfaitement et fort nettement délimitées :

Une zone externe érythémateuse, large de 10 à 12 millimètres



Fig. 2. — *Eléments ulcéreux* confluents sur les mollets et les creux poplités. — Noter l'anneau phlycténulaire autour de la croûte centrale.

légèrement surélevée au-dessus du plan général de la peau, infiltrée, mais sans toutefois former un véritable bourrelet;

Une zone moyenne blanc jaunâtre, très nettement limitée en dehors et en dedans, véritable phlyctène, bien tendue, lisse contenant du pus à polynucléaires, formant un anneau clair autour d'une zone centrale, noire, ou marron très foncé, sèche et d'aspect escharrotique



Fig. 3. — *Eléments ulcéreux* sur la jambe.

Quelques jours après la phlyctène se rompt, la croûte centrale s'étend, elle devient très adhérente, comme enchâssée dans l'épiderme et tout autour les vestiges de la phlyctène persistent sous la forme d'une collerette épidermique. Si on enlève cette croûte centrale, d'ailleurs avec une certaine difficulté, on découvre une ulcération profonde de 3 à 4 millimètres à bords non décollés, mais taillés à pic à l'emporte-pièce. Le fond est sanieux, purulent, un peu granuleux, quelquefois avec des points hémorragiques.



Fig. 4. — Escharre noire, dure, non douloureuse, profondément enchâssée dans l'épiderme avec vestiges de l'ancienne phlyctène.

Tel est, en général, l'aspect que présentent les lésions quand le malade vient consulter pour la première fois, le stade phlycténulaire est dépassé et on ne voit qu'une croûte dure, noire, enchâssée dans le derme, entourée d'une zone érythémateuse (fig. 2).

Si les ulcérations sont proches les unes des autres, elles arrivent à se rejoindre par leurs bords, et, il en résulte de grosses ulcéra-

tions profondes, sanieuses, à bords polycycliques, montrant encore les restes de la phlyctène primitive, au-dessus d'une base rouge, indurée, étendue. Ces lésions se voient particulièrement sur les jambes, au mollet, aux creux poplités, aux avant-bras, partout où les vêtements, chemise ou pantalon, ont amené, en contact plus intime avec la peau, les produits chimiques nocifs (fig. 3).

Aux mains et aux pieds les lésions prennent un aspect légèrement différent ; elles sont plus grandes, la croûte escharre centrale, plus large, peut atteindre 20 millimètres de diamètre, elle est dure, non douloureuse, ni au toucher, ni à la percussion un peu forte, elle est entourée d'un bourrelet érythémateux un peu saillant, sur lequel on aperçoit les restes de la phlyctène (fig. 4).

Ces ulcérations, si confluentes soient-elles, ne sont pratiquement pas douloureuses, seules celles des mains sont un peu sensibles, et les malades sont unanimes à déclarer qu'ils souffrent infiniment plus de leur dermite inflammatoire des bourses, que de leurs ulcérations. En fait, ils viennent consulter pour leurs lésions du visage et des bourses, et c'est habituellement nous-mêmes qui découvrions, en cours d'examen, les lésions ulcéreuses sur les membres.

Nous notons également dans les observations une curieuse lésion des ongles qui consiste en des hématomes sous-onguéaux. Ces suffusions sanguines donnent à l'ongle une teinte acajou ou rougeâtre ; en général, elles occupent la partie moyenne du lit de l'ongle. Celui-ci n'est pas cassant, ni ne présente d'altération d'aucune sorte. Ces hématomes sont symétriques, tantôt ils existent sous les ongles des dix doigts, tantôt comme dans l'observation IV, ils ne se trouvent qu'aux auriculaires droit et gauche.

Il n'y a rien de semblable sous les ongles des orteils.

L'évolution des lésions de dermite superficielle est relativement bénigne. Dès que l'ouvrier est mis au repos et soustrait au contact des poussières toxiques l'amélioration commence, et, en général, les lésions guérissent rapidement sans laisser de traces ni de cicatrices.

Il n'en est plus de même pour les lésions ulcéreuses, qui même traitées, restent longues à guérir.

Pour connaître l'évolution naturelle de l'ulcération, nous avons recouvert l'une d'entre elles d'un verre de montre, sans aucun autre pansement qu'un tamponnement journalier avec une compresse de

gaze stérile. Douze jours après le début, la croûte centrale est tombée spontanément, laissant voir une ulcération de 4 millimètres de profondeur. La cavité s'est peu à peu comblée par bourgeonnement profond et la cicatrisation n'a été complète que 35 jours après la chute de la croûte, soit 47 jours après le début. Il n'existait plus alors, à ce moment, qu'une zone rouge, brunâtre, un peu indurée et surélevée.

En résumé, nous avons observé chez nos malades :

Sur la face et les bourses, une dermite congestive œdémateuse à éléments vésiculo-bulleux, recouverte de croûtes mélicériques ou d'enduits diphtéroïdes, et sur les membres et le tronc, des lésions peu nombreuses, en général disséminées, phlycténulaires, avec un centre escharrotique, peu douloureuses, devenant rapidement des ulcérations profondes, taillées à pic, recouvertes d'une croûte noire, adhérente, enchâssée dans l'épiderme, longues à se réparer après la chute de l'escharre.

Dans cette dernière lésion, on reconnaît, sans peine, la description du « pigeonneau » qu'Armieux fit connaître, pour la première fois, chez les mégissiers et qui a été étudié particulièrement par Brocq et Laubry.

La description des auteurs (Armieux, Brocq et Laubry, Barthélemy, Dardenne) se rapporte surtout aux pigeonneaux observés sur les mains, chez des ouvriers travaillant dans des mégisseries ou des teintureries, qui sont très comparables aux lésions observées sur les pieds et les mains de nos malades.

La description est un peu différente en ce qui concerne les pigeonneaux du tronc, des membres, en particulier les grands placards ulcérés observés sur les mollets. La profusion et la profondeur des lésions tiennent certainement au fait que dans l'usine de produits chimiques le contact avec les composés d'arsenic est permanent, prolongé et abondant. On a coutume de considérer le pigeonneau comme très douloureux (on l'appelait aussi « rossignol » parce que « il faisait chanter ») ; chez nos malades les ulcérations ne sont pas véritablement douloureuses. Il est probable que les vives douleurs signalées, tenaient surtout au siège des ulcérations, et, aussi, au travail particulier de ces ouvriers qui ayant toujours les mains dans l'eau, avaient l'épiderme macéré en permanence.

Examens de laboratoire.

Les recherches sur le sang ont montré chez les malades une augmentation des globules blancs.

On ne note pas de modification importante de la formule leucocytaire.

Voici les résultats chez trois des malades :

Globules rouges . . .	4.309.000	4.588.000	4.691.000
Globules blancs . . .	7.750	17.500	10.850
Polynucléaires neutrophiles.	67	80	78
Grands et moyens monos	18	7	6
Lymphocytes	14,5	10	13
Eosinophiles	0,5	3	3

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. La recherche de l'arsenic dans les urines a été effectuée par le Laboratoire de Chimie biologique de l'Hôtel-Dieu sur les malades que nous avons pu observer plus longuement. Les résultats ont été sensiblement égaux pour les trois malades. Huit jours après cessation du travail on constatait par litre 2 mgr. 7 d'arsenic exprimé en AS^2O^5.

10 jours après	1 mgr.
12 jours après	0 mgr. 4
14 jours après	0 mgr. 2
16 jours après	traces indosables
18 jours après	néant

La quantité d'arsenic contenue dans les urines ayant été en rapide décroissance, entre le 8e et le 16e jour tout porte à croire qu'au moment même du travail, les quantités d'arsenic éliminées par les urines, devraient être plus importantes. Il ne nous a pas été possible d'examiner les urines d'ouvriers encore au travail.

Anatomie pathologique.

Nous avons prélevé pour examen histologique, sur la jambe du malade de l'observation I un élément phlycténulaire, de 4 mm. 5 de diamètre, avec une croûte centrale noire.

A un faible grossissement (fig. 5) on constate une grande bulle sous-cornéenne occupant le sommet d'un cône aplati. On reconnaît, à droite et à gauche, un épiderme normal avec des follicules pileux, et dans la partie profonde, des vaisseaux volumineux, dont les dimensions s'expliquent par la proximité, sur la jambe, d'un grand placard érythémato-pigmentaire avec de nombreuses varicosités.

A un plus fort grossissement, on voit que la bulle est nettement

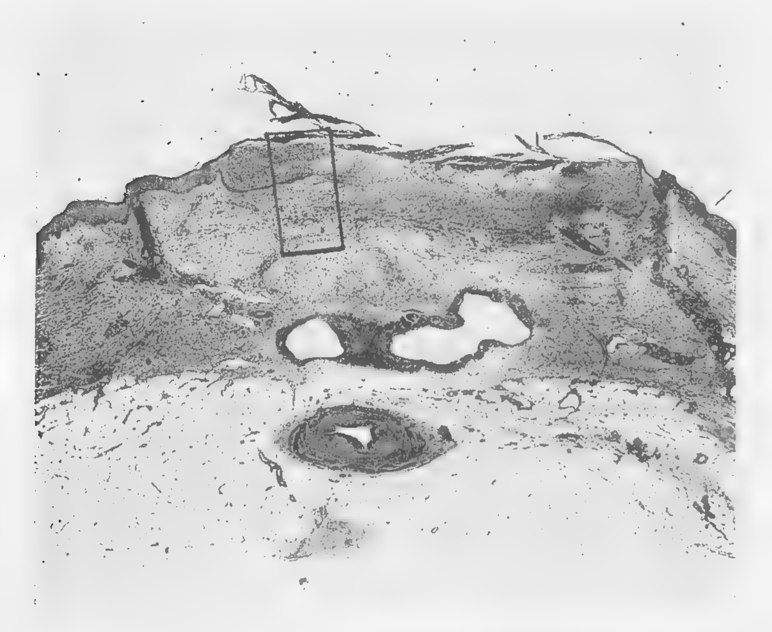


Fig. 5. — *Lésion ulcéreuse arsenicale* × 12.
Bulle sous-cornéenne, bourrée de polynucléaires. — Au-dessus, plafond de la bulle et croûte escharrotique centrale.
Au-dessous de la partie centrale, lésions profondes de nécrose.

intra-épidermique. Le toit, bien conservé, est formé de plusieurs assises de cellules cornées, sans noyaux, mais aux deux extrémités, à la limite externe de la phlyctène, ce toit comporte deux ou trois assises de cellules encore nucléées. Cette couche parakératosique s'insinue, par glissement, sur une certaine étendue, entre la cavité et le corps muqueux. Au centre le plafond de cellules cornées est épaissi, quadruplé d'épaisseur par une croûte formée de cellules

cornées et de débris nucléaires au milieu d'un coagulum fibrino-albumineux.

L'intérieur de la phlyctène est bourré de leucocytes polynucléaires dont les noyaux sont intacts.

Le fond est formé par le corps muqueux, mais sur les deux tiers

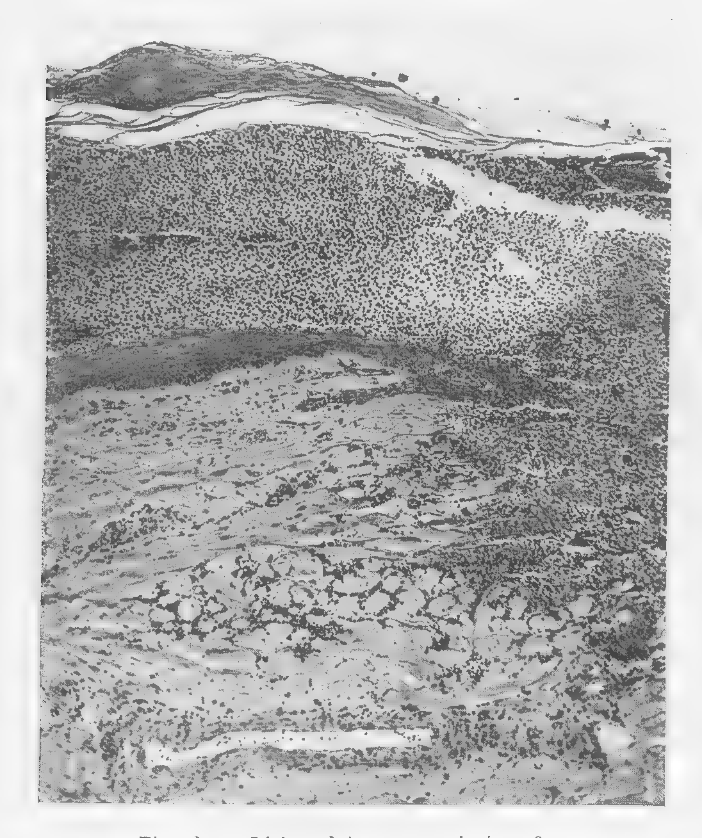


Fig. 6. — *Lésion ulcéreuse arsenicale* × 80.
Partie comprise dans le rectangle inscrit dans la figure précédente.
En haut, la phlyctène intra-épidermique, avec son contenu de polynucléaires, dont le fond, encore intact à gauche, se dissocie et laisse peu à peu la place à droite à un bloc compact de cellules nécrosées.
Au centre et au-dessous, infiltration de cellules nécrosées entre les faisceaux conjonctifs intacts.

externes seulement. En effet si on déplace la préparation des bords vers le centre, en suivant le fond épidermique de la bulle, on voit

l'épiderme s'effilocher et se dissocier. Les cellules épidermiques se gonflent, le protoplasme devient granuleux et change de teinte, les noyaux perdent leur forme habituelle et ne sont plus représentés que par des débris ou des poussières nucléaires, encore fortement colorables.

Au centre même, on ne trouve plus aucune trace de cellules épidermiques et le fond de la bulle est à ce niveau composée d'un amas diffus de débris cellulaires au milieu d'un tissu protoplasmique granuleux (fig. 6).

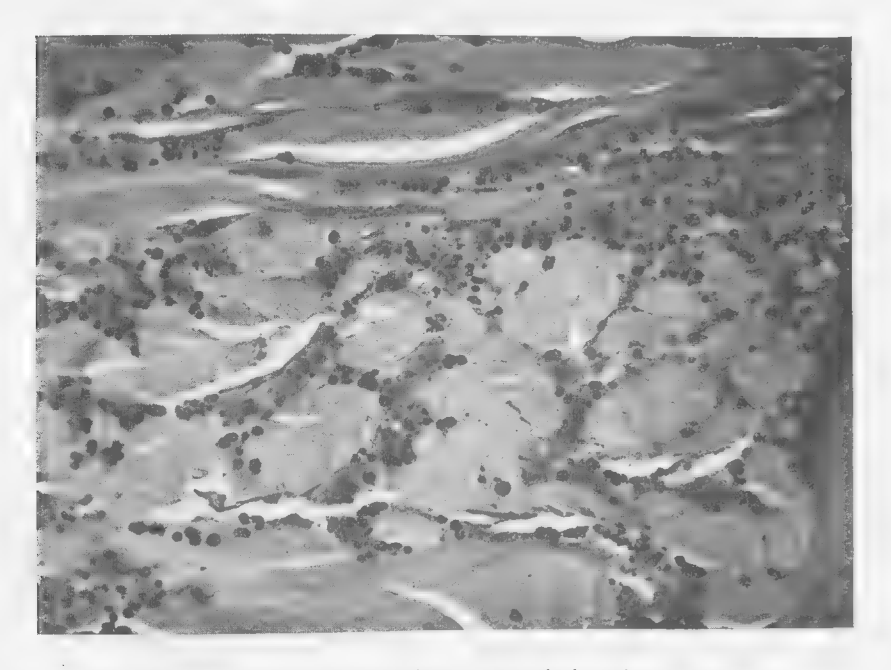


Fig. 7. — *Lésion ulcéreuse arsenicale* × 400.
La partie située légèrement au-dessous du centre de la figure précédente, vue à un plus fort grossissement. — Les amas de cellules nécrosées séparent les faisceaux conjonctifs indemnes.
Les noyaux sont picnosés, réduits en petits fragments arrondis et très fortement colorables.

Les cellules frappées par la nécrose sont à la fois des cellules épithéliales et des leucocytes polynucléaires. Ceux-ci, en effet, sont très abondants, ils sont plus nécrosés dans le fond que dans la zone superficielle de la phlyctène purulente.

Cette nécrose des cellules s'étend très loin en profondeur et on

voit des cellules dont les noyaux sont picnosés, fragmentés, au milieu d'un protoplasma mortifié, formant des amas allongés ou étirés entre des faisceaux conjonctifs parfaitement conservés (fig. 7). Ces amas sont particulièrement formés par des polynucléaires nécrosés, mais les cellules conjonctives sont également frappés par le processus nécrotique.

La nécrose a donc son siège sur les cellules, les éléments nobles de l'épiderme et du derme.

Au-dessous de la bulle, il faut noter, également des lésions vasculaires assez importantes : l'endothélium des vaisseaux est hyperplasié, il y a dans la paroi vasculaire de nombreux leucocytes en diapédèse mais pas de globules rouges. Les capillaires sont dilatés et forment de véritables glomérules.

D'une façon générale, l'infiltration du derme est peu importante ; elle est composée de polynucléaires surtout, et de quelques plasmocytes.

En résumé, *nécrose profonde, importante, portant surtout sur l'élément cellulaire de l'épiderme et du derme, laissant intactes les fibres conjonctives et ayant provoqué une réaction inflammatoire suppurative abondante.*

Recherches expérimentales.

Après l'examen et l'interrogatoire de nos malades, il apparaissait indiscutablement que l'origine de leurs lésions cutanées était bien le contact prolongé avec les produits chimiques qu'ils manipulaient à l'usine. Il était intéressant de rechercher, parmi ces produits, lesquels étaient plus particulièrement nocifs, et de connaître pour ceux-ci les conditions d'apparition des lésions.

Parmi les matières premières utilisées dans les fabrications, trois surtout étaient longuement en contact avec les ouvriers, au cours des opérations de chargement et de mélange. C'étaient l'acétate de plomb, le sulfate de cuivre et l'anhydride arsénieux.

Parmi les produits fabriqués, trois également : le vert de Schweinfurt, l'arséniate de plomb, en général travaillé à « l'humide » et le vert de Paris travaillé et livré en poudre sèche, ce dernier étant communément désigné par les ouvriers comme plus particulièrement dangereux.

Après quelques essais préliminaires portant sur tous les produits, nous nous sommes vite rendus compte que parmi les produits manipulés, l'anhydride arsénieux et ses composés devaient être seuls mis en cause dans l'étiologie des lésions.

Toutes les expériences que nous relatons plus loin ont été faites avec l'anhydride arsénieux, avec l'arséniate de plomb et le vert de Paris. Les deux derniers, moins chargés en arsenic, donnèrent des résultats comparables à l'anhydride, avec cependant un décalage, du temps d'apparition, de quelques heures à deux jours.

Nous ne donnerons donc ici, pour simplifier, que le protocole de l'expérimentation avec l'anhydride arsénieux pur.

1° *Application sur la peau saine de poudre sèche.*

Dans une première série d'expériences, nous avons essayé de reproduire les lésions ulcéreuses, en appliquant de la poudre sèche sur le tégument sain et sec. A cet effet, sur la cuisse d'un des sujets, après nettoyage de la peau à l'éther, nous avons placé de la poudre d'anhydride arsénieux sous un petit verre de montre, appliqué sur la peau avec une bande de sparadrap et hermétiquement clos.

Sur l'autre cuisse, sur une plage nettoyée, on faisait trois fois par jour une pulvérisation de la poudre à l'aide d'un petit soufflet, le point choisi étant ensuite laissé à l'air libre.

Au bout de 20 jours d'application dans les deux cas la peau était parfaitement normale, à peine plus rosée qu'à l'ordinaire sous le verre de montre : résultat négatif.

2° *Recherche du rôle de l'eau.*

Pour cela, nous préparons avec l'anhydride arsénieux, et de l'eau du robinet, une pâte demi-molle, qui est appliquée sur la partie externe du bras sous un verre de montre clos. Chaque jour la pâte est ramollie par un peu d'eau. Au bout de 20 jours, résultat négatif.

3° *Recherche du rôle des graisses.*

Cette recherche fut faite par l'application d'anhydride arsénieux sur la peau saine, après avoir onctionné et massé légèrement

celle-ci avec de l'axonge fraîche ; protection par verre de montre.

Au bout de 15 jours, on note au milieu de l'espace cutané, protégé par le verre de montre, une zone érythémateuse diffuse, le 18e jour, une phlyctène blanc jaunâtre est apparue, d'un diamètre de 5 millimètres, le tout évoluera par la suite comme habituellement.

La même expérience est faite avec de la lanoline anhydre. Dans un premier cas on fait une application sous verre de montre, dans un second, des pulvérisations bi-quotidiennes.

Au bout de 20 jours, résultat négatif.



Fig. 8. — Ulcérations obtenues en 24 heures par pulvérisation d'anhydride arsénieux sur 3 légères scarifications.

4° *Recherche du rôle d'un traumatisme ou d'une écorchure.*

a) *Influence des frottements.* — Sur l'avant-bras d'un des sujets, point particulièrement soumis à des frictions répétées par la manche retournée de la chemise, on frictionne et on humecte la peau

avec de la salive, puis, on poudre avec de l'anhydride arsénieux, sans protection par verre de montre.

Au bout de 4 jours, apparaissent deux ulcérations arsenicales typiques. Résultat positif.

Sur la cuisse, nous faisons nous-mêmes une friction assez forte avec une compresse de toile rude, application de poudre, deux fois par jour, avec fixation par la salive, protection par un verre de montre.

Résultat positif en trois points, moins de 48 heures après.

b) *Influence des écorchures.* — Sur l'avant-bras, on pratique en triangle trois petites scarifications très légères, projection de la poudre au soufflet, protection par verre de montre.

Résultat positif en 24 heures; apparition d'éléments ulcéreux, qui grossissent rapidement et se transforment en une ulcération trilobée (fig. 8).

c) *Influence des traumatismes des follicules.* — On épile, sans précaution spéciale, mais sans écorcher ou faire saigner, une place grande comme une pièce de 2 francs pulvérisation des poudres à sec une fois par jour ; protection par verre de montre.

Résultat positif, mais tardif; 8 jours après, apparition d'un point érythémateux, le soulèvement phlycténulaire avec la croûte centrale n'a lieu que le 11e jour.

4° *Introduction directe de la poudre dans l'épiderme.*

Avec un scarificateur, on introduit, très superficiellement, sous l'épiderme, sans faire saigner, une infime quantité d'anhydride arsénieux, protection avec un verre de montre.

Résultat positif dès le lendemain par l'apparition de l'ulcération caractéristique.

Cette intradermo-réaction nous a permis d'assister aux différents stades de l'évolution de l'ulcération.

D'abord est apparue, au point piqué, une zone érythémateuse violacée, un peu infiltrée, qui se soulève légèrement en petit cône, quelques heures après se montre au centre de cette zone, une croûte noire, sèche, une sorte de point nécrosé, et peu à peu se forme autour de lui, une phlyctène circulaire, en couronne, donnant l'illusion d'un œil d'oiseau : c'est le résultat de cette intradermo-réaction que représente la figure 9.

5° *Projection des poudres à l'air libre, sur la face et les bourses.*

Etant données les douleurs provoquées par les lésions de la face et des bourses, nous hésitions à pratiquer les expériences, quand un jour, par maladresse, un des malades se pulvérisa en pleine figure, une petite quantité de poudre contenue dans le soufflet.



Fig. 9. — *Cutiréaction à l'anhydride arsénieux.*
Résultat obtenu en 24 heures.
Noter la croûte centrale escharrotique, la zone moyenne phlycténulaire, la zone externe érythémateuse. C'est l'aspect en « œil d'oiseau » du pigeonneau.
Autour de la lésion, cercle produit par la pression du verre de montre.

Deux jours, après, apparaissaient sur le menton, les lèvres, les sillons nasogéniens, des lésions nombreuses, vésiculeuses, et bulleuses, s'ouvrant rapidement et se couvrant de croûtes mélicériques. Le tout donnait, le troisième jour, l'aspect que nous avons observé à la suite du travail habituel.

Les bourses, elles aussi, atteintes quelquefois par des parcelles de poudre au moment des pulvérisations bi-quotidiennes, nécessaires aux expériences, se couvrent, à plusieurs reprises, de lésions bulleuses et ulcéreuses, d'ailleurs sans gravité.

De ces séries d'expériences, qui ont été suivies chaque jour pendant plus de deux mois, il semble que nous pouvons conclure :

1°) Que les produits nocifs, sont particulièrement, l'anhydride arsénieux, et son composé le vert de Paris ;

2° Que l'application des poudres sèches ou mouillées sur la peau saine n'est suivie d'aucune altération ;

3° Que la graisse animale, les liquides organiques, fixant mieux les produits, favorisent leurs actions toxiques ;

4° Que des écorchures, des excoriations de la peau, même très minimes, comme celles survenant à la suite du frottement des pièces de vêtements, aident puissamment l'action caustique ;

5° Qu'une très minime quantité du produit, introduite sous la peau, suffit à déterminer, en moins de 24 heures, la lésion ulcéreuse caractéristique.

Etiologie et pathogénie.

L'interrogatoire des malades, l'étude clinique des lésions, leur reconstitution expérimentale par application ou projection d'anhydride arsénieux, nous permettent de mettre en cause ce corps et les produits qui en dérivent dans la production des lésions de la dermite professionnelle que nous étudions ici.

Nous avons vu que suivant les modalités du contact des poudres avec la peau, on observait des lésions de deux variétés différentes : des lésions superficielles et des lésions profondes. Nous étudierons plus loin dans quelles conditions elles se produisent l'une et l'autre.

Parmi les lésions ulcéreuses, il en est, en certaines localisations, comme les pieds et les mains qui présentent les mêmes symptômes que la lésion nécrotique connue depuis longtemps sous le nom de pigeonneau.

Si on se rapporte aux travaux antérieurs sur le pigeonneau, on voit que c'est surtout chez les laveurs, les mégissiers, les tanneurs, les teinturiers qu'on peut le rencontrer.

La première description d'Armieux date de 1853 et a trait à des lésions ulcéreuses observées chez les mégissiers, Tardieu l'a observé également chez des mégissiers et met particulièrement en cause le mélange de chaux et d'orpiment dont on se sert en mégisserie pour l'ébourrage des peaux, Beaugeaud puis Bazin, ont constaté ces lésions chez des ouvriers travaillant aux rivières et incriminent la chaux, Vernois et Lagett, chez des tanneurs, à la suite du contact avec la chaux et l'orpiment.

Brocq et Laubry, dans un travail important nous apportent des observations des ouvrières teinturières en peaux ; ils précisent les caractères et le siège bien particulier de ces lésions (articulation métacarpo-phalangienne du pouce). Ces auteurs n'incriminent ni la chaux, ni l'arsenic, mais des substances irritantes contenues dans les mordants employés en teinture, en particulier les bichromates ou autres sels de chrome.

C'est également une teinturière en peau qui fait l'objet de l'observation de Léri et Barthélemy, les lésions siégeaient à la main, et on incrimina les bains d'alun de chrome.

Dardenne, dans sa thèse, en rapportant quatre observations de pigeonneau chez des teinturiers en peau et en bois, rappelle les idées anciennement admises et ne donne un rôle pathogène qu'au chrome, à l'acique chromique et à ses sels.

Enfin, tout récemment, Barthélemy, dans une excellente revue générale sur les dermites professionnelles, signale le pigeonneau comme une dermatose survenant chez les tanneurs et les teinturiers, ainsi que chez les ouvriers travaillant dans l'industrie électrolytique du chrome.

En résumé, les auteurs décrivent, sous le nom de pigeonneau, une lésion ronde ou ovalaire caractérisée par une croûte noire, adhérente, enchâssée dans l'épiderme, recouvrant une ulcération profonde à bords taillés à pic, et siégeant, dans la plus grande majorité des cas, sur les mains (sauf pour un cas de Léri et Barthélemy qui ont pu les observer sur l'avant-bras et les jambes).

Ils mettent en cause, surtout, le chrome et ses sels. Seuls Tardieu, Vernoy et Layet incriminent le mélange de chaux et d'orpiment, or l'orpiment est un trisulfure d'arsenic de formule AS^2S^3 qui, en présence de la chaux, se transforme en sulfure de calcium et en arsenite de calcium. Mais ce dernier est très peu soluble, et,

dans ce cas, l'action caustique pourrait n'être que le fait du sulfure de calcium, produit habituellement employé comme dépilatoire.

Les ulcérations que nous avons observées chez nos malades ressemblent parfaitement à ces pigeonnaux, quand elles siègent sur les mains et sur les pieds ; elles en diffèrent cependant, quand elles siègent sur d'autres points, par leur aspect, leur dissémination, leur étiologie bien déterminée, leur rapidité d'apparition. Enfin l'association constante de ces lésions avec d'autres plus superficielles de la face et des bourses, constitue un ensemble pathologique assez nettement caractérisé pour justifier l'appellation de dermite professionnelle arsénieuse.

Nous avons dit que les deux variétés de lésions observées étaient conditionnées par des modalités différentes du contact des poudres.

Les lésions superficielles sont la conséquence d'une *réaction de l'épiderme*, elles sont érythémateuses, vésiculo-bulleuses croûteuses. Elles ne manquent jamais chez les malades. Nous avons pu les reproduire expérimentalement par projection de poudres arsenicales. Il semble qu'une application superficielle suffit à les provoquer, mais pour cela certaines conditions doivent être remplies. Les expériences ont montré, en effet, qu'une pulvérisation de poudre sèche. répétée plusieurs fois par jour, pendant 20 jours, sur un tégument sain, propre et sec, ne donnait lieu à aucune lésion et qu'au contraire une seule application de poudre sur un visage fortement séborrhéique était suivie d'une poussée érythémato-bulleuse. C'est qu'en effet à la face, comme aux bourses, sièges d'élections des lésions épidermiques, ces conditions favorisantes se trouvent réunies.

A la face les sécrétions organiques, sueur ou sébum, les poils de la moustache et de la barbe contribuent à fixer le produit caustique. Les ouvriers portent habituellement, pendant le travail, un masque formé d'un large tampon de coton appliqué sur le visage, mais la vapeur d'eau de la respiration, la salivation et les sécrétions nasales particulièrement excitées et augmentées par l'arsenic, transforment rapidement ce masque en un véritable pansement humide, sous lequel la peau du visage macère et se trouve ainsi dans les meilleures conditions pour présenter les lésions épidermiques.

Aux bourses, les conditions sont semblables. Chaleur humide, moiteur, transpiration, manque de soins de propreté, frottements répétés par le pantalon, nombreux replis d'un épiderme particulièrement fin et sensible favorisent l'attaque des poudres toxiques amenées par les mains, ou filtrant à travers l'étoffe du pantalon.

Les conditions favorisantes sont donc, d'une part, la présence de graisse ou de liquides organiques qui fixent sur place le produit, et, d'autre part, la macération de la peau provoquée, sous le masque, par la salive ou la sueur, qui doivent aussi intervenir, pour leur alcalinité, en dissolvant une petite quantité d'anhydride arsénieux, peut-être, avec formation d'arsénite.

Les lésions ulcéreuses sont des lésions plus profondes, dues à une *réaction du derme* provoquée par la pénétration à l'intérieur de celui-ci d'une petite quantité d'anhydride arsénieux.

Les conditions favorisantes sont, d'abord, la présence de liquides organiques fixant les poudres, graisses, sueur, salive, mais, ici, il faut pour que le produit atteigne le derme, que la barrière épidermique puisse être franchie. C'est ce que démontre l'expérimentation : une écorchure, une fissure, une ulcération si minime soit-elle, une friction un peu forte, déterminant des éraillures, un traumatisme léger du follicule seront suffisants, mais nécessaires, pour permettre la pénétration du corps nocif et déterminer la lésion ulcéreuse caractéristique.

L'étude de l'évolution de l'ulcération, telle qu'on peut l'observer en pratiquant une intra-dermo, appuyée par les constatations anatomo-pathologiques, permet de se faire une idée des phénomènes qui, vraisemblablement, doivent avoir lieu.

Grâce à une éraillure de la couche cornée, une petite quantité d'anhydride arsénieux a pénétré dans l'épiderme, ou, plus rarement, directement dans le derme. Cet anhydride est presque insoluble, mais en contact avec les humeurs, grâce à l'alcalinité du sérum ou de la lymphe interstitielle, il se dissout légèrement en donnant un peu d'arsénite.

L'anhydride arsénieux libre, comme ses sels, les arsénites, sont doués de propriétés nécrosantes, mais ils ne forment pas, avec les matières protéiques, des combinaisons insolubles ; ce ne sont pas des fixateurs. Il n'y a donc pas immobilisation locale du produit caustique, mais, au contraire, une dispersion de voisinage, une

diffusion du caustique autour du point de pénétration. C'est ainsi que les couches profondes de l'épithélium sont dissociées puis détruites, que les éléments nobles du derme sont nécrosés. Le caustique pénétrant plus avant et s'insinuant entre les fibres conjonctives, on trouve des signes de nécrose entre ces fibres ; cela explique aussi les lésions vasculaires observées.

L'action nécrosante s'accompagne d'une diapédèse intense de polynucléaires qui sont en grand nombre frappés de mort, d'où résulte la réaction inflammatoire suppurative qui se traduit cliniquement par la bulle purulente.

Le toit de cette phlyctène formera la croûte noire adhérente, escharrotique, et quand celle-ci tombera, elle entraînera avec elle le bloc nécrosé sous-jacent découvrant alors une ulcération profonde à bords nets et taillés à pic.

Des recherches expérimentales sont actuellement en cours au laboratoire, pour préciser les conditions chimiques et biologiques de cette nécrose arsénieuse, comparativement à d'autres nécroses provoquées par d'autres caustiques.

Considérations médico-légales.

La dermite professionnelle que nous venons d'étudier, due à la manipulation de l'anhydride arsénieux, s'accompagne, en général, de troubles généraux. C'est donc à la fois une forme locale et une forme chronique de l'arsénicisme, l'intoxication ayant lieu simultanément par l'inhalation des poussières arsenicales et par le contact de la surface cutanée avec les poudres toxiques.

Comme toutes les maladies professionnelles, celle-ci est régie par un certain nombre de décrets : le décret du 29 juin 1895, s'occupant spécialement de la fabrication du vert de Schweinfürt, le décret du 29 novembre 1904 et, enfin, la loi sur les maladies professionnelles du 24 octobre 1919. Cette dernière loi ordonne, uniquement dans un but documentaire et statistique, la déclaration obligatoire d'un certain nombre de maladies ayant un caractère professionnel, en particulier celles contenues dans le paragraphe H qui sont causées « *par l'hydrogène arsénié et autres composés de l'arsenic* ».

En outre, le décret du 13 mai 1893 interdit aux femmes et aux enfants les travaux insalubres de cette catégorie.

Si, légalement, l'arsenicisme est maladie professionnelle, cette maladie n'est cependant pas admise au bénéfice de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail. C'est ainsi qu'à l'usine en question les Compagnies d'assurances se refusent à couvrir ce risque particulier. Il y a là, évidemment, une lacune grave, car les malades étant obligés de se faire hospitaliser pour recevoir les soins que comporte leur état, sont traités à l'hôpital aux frais de la collectivité.

Les malades dont nous avons rapporté les observations ont fait l'objet de déclarations réglementaires à la Préfecture. L'Inspection départementale du Travail nous a demandé sur ces cas un rapport destiné à être transmis à la Commission supérieure des maladies professionnelles, pour être versé au dossier de la future proposition de loi concernant les toxidermies.

Prophylaxie et traitement.

Nous avons vu que les produits organiques, qui fixent les matières sur la peau, favorisent l'action caustique, mais que celle-ci n'est particulièrement toxique que s'il y a des excoriations, facilement réalisées d'ailleurs au cours du travail par de légers traumatismes, même simplement par les frottements répétés des vêtements.

Il faut donc lutter contre les poussières puisque c'est sous cette forme que les produits toxiques sont les plus dangereux, mais il faudra surtout soustraire les ouvriers au contact de ces poussières, car il ne sera pas possible de les éliminer entièrement.

1° *Organisation des ateliers.* — Le décret du 29 juin 1898 prescrit de laver fréquemment et de maintenir constamment humides le sol et les murs ainsi que les appareils et les réservoirs. Les chaudières et les étuves doivent être hermétiquement closes. Le décret du 29 novembre 1904 prescrit l'emploi de ventilateurs, de capteurs de poussière, l'installation de vestiaires, de douches, et de lavabos, et interdit la prise des repas à l'usine.

Dans notre usine de produits chimiques ces précautions sont prises et les divers dispositifs surveillés par le service de l'Inspection du travail, mais malgré tout il persiste dans les ateliers des nuages de poussières toxiques, en particulier autour des mélangeurs, des broyeurs et à l'atelier d'ensachage.

2° *Protection de l'ouvrier.* — La prophylaxie devra donc être avant tout individuelle.

Déjà le décret de 1895 prescrit le port de masques, d'éponges mouillées, de gants, de vêtements de travail, et recommande aussi le talquage des mains. Nous insisterons seulement sur quelques points qui nous paraissent intéressants :

Le masque rendu obligatoire par le décret est, à notre avis, plus nuisible qu'utile ; fait en coton, très appliqué sur la bouche, il est très rapidement mouillé et devient imperméable à l'air, il favorise la macération, et est presque impossible à supporter au bout de quelques minutes, aussi les ouvriers d'eux-mêmes préfèrent s'introduire des tampons de coton dans les narines ; si l'on tient à en faire mettre un, il faudrait choisir un type de masque en forme de cône laissant libre le nez et la bouche.

Il faut recommander aux ouvriers de se laver les mains très soigneusement, non seulement à la fin du travail, mais chaque fois qu'ils désirent aller aux w.-c. Il faut exiger le talquage des parties découvertes. En effet si les graisses en fixant les poudres toxiques favorisent les lésions, le talc au contraire, en remplissant les pores et les infundibulum pilaires, rend la peau lisse, absorbe les sécrétions sudorales et ainsi ne permet pas aux poussières toxiques de s'accrocher et de s'accumuler dans les replis cutanés.

Le travail, avec les vêtements de ville, devra être strictement défendu, et l'usine distribuera, à cet effet, des sous-vêtements propres, et une combinaison de travail qui pourrait être conçue sur ce type :

Combinaison de toile à grains serrés et fins comportant trois pièces : une pièce inférieure, analogue aux pantalons de pêche, recouvrant complètement les pieds, les jambes, et remontant *sans braguette* au-dessus de la ceinture ; une deuxième pièce en forme de bourgeron, serrée au cou et aux poignets, recouvrant le pantalon de toile jusqu'à mi-cuisse ; une troisième pièce, supportée par un chapeau ou une garniture *ad hoc*, descendant devant les yeux avec un regard en celluloïd, serrant le cou, mais cependant, assez ample, pour ne pas toucher au visage.

Le tout serait complété par une paire de gants en toile imperméable à crispin très haut pouvant se serrer au-dessus des coudes.

De cette façon, l'ouvrier serait protégé à peu près efficacement.

Il éviterait le dépôt des matières sur les pieds, le contact direct de la peau avec les vêtements souillés, le contact des bourses avec les mains sales (absence de braguette) enfin et surtout il éviterait le masque actuel insupportable et inutile. Le tissu en toile très serrée serait suffisant pour arrêter la plus grande partie des poussières, tout en étant moins chaud à garder longtemps.

L'usine devra posséder des lavabos, une installation de douches et un vestiaire où les vêtements et le linge des ouvriers puissent être conservés à l'abri de toute poussière.

Enfin, il sera nécessaire d'instituer une surveillance médicale.

Les lésions une fois développées ne cessent que quand l'ouvrier se soustrait aux contacts nocifs, c'est particulièrement vrai pour les lésions vésiculeuses du visage et des bourses.

Celles-ci guérissent vite, dès le malade hors de l'usine, après quelques jours de pansement humides faiblement antiseptiques ou de pulvérisations.

Les lésions ulcéreuses sont plus longues à guérir. On fera tomber les croûtes, on détergera les ulcérations confluentes avec des pansements humides, puis on appliquera des pommades occlusives ou antiseptiques, comme la pommade au sous-carbonate de fer, à l'oxyde jaune. La pommade à l'iodure d'amidon nous a particulièrement donné de bons résultats.

On peut aussi dans les cas d'ulcérations très profondes activer le bourgeonnement par des applications d'emplâtre rouge de Vidal.

Les ouvriers ne pouvant travailler que peu de temps à l'usine, certains ne dépassant guère la quinzaine, ne présentent jamais de symptômes très graves d'intoxication arsenicale. La céphalée, la laryngo-bronchite, les vomissements, la diarrhée cèdent après une dizaine de jours de régime lacté, délai nécessaire pour que l'on ne trouve plus d'arsenic dans les urines. Il peut être bon d'activer l'élimination de l'arsenic par l'emploi d'une médication diurétique.

Travail de la clinique du professeur Georges Photinos
(Hôpital André Syggros d'Athènes).

FORMES ATYPIQUES INFILTRÉES EN NAPPES, DE LEISHMANIOSE CUTANÉE (BOUTON D'ORIENT)

Par Panagiotis B. PHOTINOS.

En juillet 1929 (1) nous avons décrit quelques formes rares des maladies cutanées exotiques et parmi celles-ci des formes atypiques du bouton d'Orient, érysipéloïde, arrondies, simulant les lésions syphilitiques primaires, un cas avec 45 boutons chez un seul et même malade, etc.

Nous voudrions insister aujourd'hui sur une autre forme de la même affection, à l'occasion de cas suivis à l'hôpital André Syggros d'Athènes, dirigé par le Professeur Georges Photinos, et dont les moulages se trouvent au musée de cet hôpital. Ce sont des malades atteints *de la forme papuleuse infiltrée* non ulcéreuse des leishmanioses cutanées.

Observation I. — La nommée Catherine K..., née en Crète, âgée de 40 ans. n° 9.336, est venue à l'hôpital André Syggros le 22 mars 1922 pour des lésions du front et du visage datant de deux ans.

Lors de son examen on observe sur le front une première plaque érythémateuse infiltrée et indurée, rougeâtre et entourée d'une auréole violacée, ovalaire et grande comme une pièce de cinq francs ; couverte par places de quelques squames. Elle descendait à sa partie inférieure et médiane vers la racine du nez et occupait toute la partie inter-sourcilière.

On apercevait :

Sur la joue gauche, sous la région zygomatique et sous la paupière inférieure une deuxième et une troisième plaques arrondies, ayant 2 centimètres environ de diamètre. Sur la partie latérale gauche du nez une

(1) P. Photinos. Quelques formes rares des maladies cutanées exotiques. *Ann. de Derm. et Syph.*, juillet 1929, p. 1231.

quatrième et une cinquième petites plaques, ovalaires, contiguës, grandes comme une lentille.

Une sixième plaque semblable sur la face latérale droite du nez (voir la figure 1).

Une septième plaque sous le lobule de l'oreille droite, et quatre papules sur les deux avant-bras.



Fig. 1.

Toutes ces onze lésions en nappes avaient les mêmes caractères.

L'examen microscopique confirme le diagnostic en relevant dans toutes ces lésions la *Leishmania tropica*.

Observation II. — La nommée Chryssoula M..., née en Caryston de l'île d'Eubée, âgée de 30 ans, n° 18.475, vient consulter à l'hôpital André Syggros le 26 avril 1928 pour une éruption du visage et de la main qui datent de six mois.

Tout le nez, les deux joues et toute la lèvre supérieure sont envahis par une plaque érythémateuse en forme de chauve-souris, avec des bords bien limités; cette plaque est infiltrée, d'une consistance spéciale et d'une couleur rouge violacé, recouverte par places de squames et ailleurs d'ulcérations et de croûtes; l'infiltration est telle au nez et à la lèvre supérieure que les lésions donnent l'aspect éléphantiasique (fig. 2).

Cet infiltrat est plus mou que celui de tubercules syphilitiques mais plus dur que celui des lupomes du lupus vulgaire. Nulle part on n'a pu trouver de tubercule lupique par la vitropression.



Fig. 2.

En outre à la partie dorsale de la main gauche on découvre une lésion curieuse, d'aspect furonculeux; grande comme une pièce d'un franc, rouge violacé, dans une base infiltrée, entourée d'une auréole; elle dessine trois cercles concentriques, le central limite une ulcération de 3 millimètres environ.

Les deux cercles extérieurs sont squameux (fig. 2).

Sur l'avant-bras et le cou on découvre deux autres papules grandes comme une pièce de 50 centimes ayant le même aspect que la lésion de la main. Le diagnostic fut confirmé par l'examen microscopique de toutes ces lésions.

On voit donc que dans ces deux observations les leishmanioses cutanées n'ont pas l'aspect furonculeux, ulcéreux et bourgeonnant du bouton d'Orient, mais un aspect infiltré en nappe ressemblant à des syphilides papuleuses ou à certains lupus.

Ce sont *des formes atypiques* de leishmaniose. La deuxième observation sert de transition entre les formes typiques et atypiques.

En effet à la main gauche les lésions étaient mixtes; un large infiltrat papuleux comme dans les formes atypiques était centré par une petite lésion furonculiforme comme dans le bouton d'Orient typique.

On comprend tout l'intérêt pratique, diagnostique, pronostique et thérapeutique de connaître ces formes atypiques de leishmaniose cutanée, si différentes du bouton d'Orient. Car si l'on n'est pas averti, on fera l'erreur de diagnostic et on n'appliquera pas le traitement spécifique de la leishmaniose ; on laissera évoluer des mois ces lésions qu'il serait facile de guérir assez vite.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en juillet 1930.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

A propos des ictères parathérapeutiques. Nouvel essai pathogénique. Valeur diagnostique du taux de la cholestérolémie, par Max VAUTHEY. *Annales des Maladies Vénériennes*, 25e année, no 7, juillet 1930, p. 481.

V. estime que dans les différents travaux publiés récemment sur cette question mettant en opposition ictère toxique et ictère syphilitique, l'on ne s'occupe pas assez du terrain qui a un rôle de premier plan. Il faut tenir compte de la susceptibilité hépatique, de la tolérance du foie ou de son intolérance. Dans le déterminisme d'un ictère survenu à l'occasion d'un traitement antisyphilitique, trois facteurs étiopathogéniques doivent être envisagés :

1° une présensibilisation hépatique banale, réalisée par un des processus suivants : tuberculose, paludisme, lithiase et surtout l'alcoolisme ;

2° une présensibilisation hépatique spécifique due aux tréponèmes ou à leurs toxines ;

3° l'action des médicaments chimiques.

D'après le mécanisme d'action de ces facteurs, il distingue deux grandes classes d'ictères parathérapeutiques :

Les ictères médicamenteux purs (I. M. P.) qui sont soit des ictères par réaction d'Herxheimer ou conflit thérapeutique, soit des ictères par bactériolyse, soit des ictères par hépato-récidive ;

Les ictères médicamenteux par I. M. P. qui sont soit des ictères par action sur un terrain diathésique, soit des ictères biotropiques.

(En dehors de ces deux groupes, on peut observer un ictère syphilitique vrai, sans lien de cause avec le traitement).

Pour V., le diagnostic différentiel de ces deux classes d'ictères peut être basé sur les critères suivants : *a*) intensité des antécédents hépatiques ; *b*) intensité des manifestations spécifiques ; *c*) taux de la cholestérolémie. Cette évaluation du taux de la cholestérolémie a pour lui une valeur diagnostique importante. Un taux au-dessous de la normale doit faire penser à un ictère syphilo-médicamenteux. Un taux au-dessus de la normale, à un ictère médicamenteux guéri.

Le diagnostic d'I. M. P. entraînera la suppression absolue du médicament déclancheur lié à l'ictère.

S'il s'agit d'I. S. M., on remplacera l'arsenic par le bismuth et le mercure, et on pourra ensuite revenir aux arsénobenzènes.

En cas de doute, la conduite devra « être basée sur la triple règle de Prudence, Expectation, Opportunisme ». H. Rabeau.

Deux cas d'hypotrichose familiale due à des troubles endocriniens occasionnés par la syphilis congénitale, par Houloussi Behdjet. *Annales des Maladies Vénériennes*, 25e année, no 7, juillet 1930, p. 493.

Obs. I. — Il s'agit d'un syphilitique, père de 17 enfants, dont 4 seulement sont vivants. Trois enfants examinés présentent des signes de syphilis héréditaire dont l'aspect clairsemé des cheveux et des poils. Un enfant de la génération suivante a parmi d'autres signes de syphilis héréditaire des altérations du sysètme pileux. Deux des enfants et la petite fille, de seconde génération, ont eu sous l'influence d'un traitement spécifique une heureuse modification de leur système pileux.

Obs. II. — Une mère chez laquelle on ne trouva aucun signe de syphilis ou d'hérédo-syphilis, avec réaction de Bordet-Wassermann négative, se plaignait de la rareté congénitale et de la pousse des cheveux de son enfant. L'enfant était normalement constitué et ne présentait aucun signe clinique ou sérologique (La mère et l'enfant avaient un goitre). Se basant sur la première observation, l'auteur fit un traitement arsenical associé à l'opothérapie, qui amena une pousse des cheveux et une modification très nette du développement de l'enfant.

H. Rabeau.

Un cas clinique de réinfection syphilitique probable, par Paul Boyer. *Annales des Maladies Vénériennes*, 25e année, no 7, juillet 1930, p.

Homme de 49 ans, traité en 1908 pour accident primitif, et ayant reçu de 1908 à 1912 un traitement régulier par huile grise, benzoate de mercure et frictions mercurielles.

Wassermann négatifs en 1914, 1922, 1927. Le malade présente en 1929, ulcération génitale herpétique, quelques jours après, 5 chancres mous, dont 3 évoluent rapidement vers la guérison. Les 2 autres s'indurent (l'examen ultra-microscopique n'a pu être fait), la réaction de Bordet-Wassermann, négative au début de l'évolution de ces ulcérations, est devenue positive dans les délais normaux.

H. Rabeau.

Annales de Médecine (Paris).

L'hémoclasie et l'effort musculaire. Urticaire à la fatigue, par E. Joltrain, L. de Gennes et O. Brien. *Annales de Médecine*, t. XXVIII, no 1, juin 1930, pp. 32 à 44.

Étude physiopathologique de 4 cas d'urticaire à la fatigue résultant manifestement de chocs protéiniques consécutifs au passage dans la circulation de kénotoxines qui prennent naissance dans les muscles fatigués. La guérison ne peut être obtenue que par désensibilisation non spécifique. A. Bocage.

Archives de Médecine des enfants (Paris).

Sclérodermie généralisée avec lésions osseuses et arthropathies, par G. Paisseau, H. Scheffer et Mlle Scherrer. *Archives de Médecine des enfants,* t. XXXIII, n° 7, juillet 1930, pp. 407-415.

Il s'agit d'une fillette déjà observée par d'autres auteurs. Elle présente de la sclérodermie généralisée, des crises d'acroasphyxie (syndrome de Raynaud), des amyotrophies, des décalcifications osseuses, des concrétions calcaires sous-cutanées, des arthropathies avec déformation des épiphyses au niveau d'un grand nombre des os du corps, réalisant aux mains l'aspect typique du rhumatisme déformant. Les auteurs se demandent si la cause de ces lésions osseuses ne tient pas à l'apparition de la sclérodermie à l'âge du plein développement squelettique.

A. Bocage.

Syphilis infantile du système nerveux, par J. Comby. *Archives de Médecine des enfants,* t. XXXIII, n° 7, juillet 1930, pp. 430-434.

Revue générale, analysant et commentant un mémoire du professeur E. Suñer, de Madrid, et en reproduisant quelques observations : méningites syphilitiques dont le diagnostic ne peut être fait que si le Bordet-Wassermann est positif et si le traitement spécifique réussit ; méningites suivies d'hydrocéphalie ; syndrome de sclérose en plaques ; gommes du système nerveux. Il fait les plus grandes réserves sur l'origine syphilitique de l'épilepsie, de la chorée et de nombre de dégénérescences qu'on a trop souvent tendance à attribuer à la syphilis malgré l'absence de preuves convaincantes. A. Bocage.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

La présence de l'ultra-virus tuberculeux dans le sang d'une malade atteinte de tuberculides cutanées, par P. Ravaut, Valtis et F. Van Dennse. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 3e série, t. CIV, 94e année, n° 26, 1er juillet 1930, pp. 13-18.

La malade, qui avait été antérieurement atteinte de tuberculose ganglionnaire, fait à l'occasion d'un coup de soleil une série de lésions variées dont le plus grand nombre était des tuberculides papulo-nécrotiques typiques. Des cobayes furent inoculés avec 5 à 15 centimètres cubes de sang prélevé à la veine. Ces animaux réagirent de la même façon que les cobayes inoculés expérimentalement avec l'ultra-virus tuberculeux. De nouvelles inoculations faites 8 mois plus tard donnèrent les mêmes résultats bien qu'à cette époque la malade ne présentât plus la moindre éruption. On est donc en droit de se demander si la bénignité bien connue de la tuberculose chez les malades atteints de tuberculides, n'est pas due à l'action immunisante de l'ultra-virus tuberculeux. Ces expériences permettent de penser qu'à côté des tuberculoses cutanées du type lupus et tuberculose verruqueuse, dues au

bacille de Koch, et d'origine externe, il en est d'autres comme les tuberculides, dues au virus filtrant apporté à la peau par voie sanguine.

A. Bocage.

Résultats éloignés de la malariathérapie dans la paralysie générale, par H. Claude, Cossa et Garand. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 3e série, t. CIV, 94e année, no 27, 8 juillet 1930, pp. 38-41.

Les auteurs apportent une statistique portant sur 277 paralytiques généraux traités par malariathérapie depuis plus de 2 ans. 58 sujets, soit 20 1/2 % sont actuellement dans un état physique et psychique normal, permettant une vie familiale et professionnelle absolument régulière. Quelques-uns ne conservent aucun signe neurologique, d'autres de petites séquelles. La plupart conservent des anomalies de quelques éléments du liquide céphalo-rachidien ; c'est le Bordet-Wassermann qui persiste le plus souvent malgré un chiffre d'albumine voisin de la normale.

A. Bocage.

Les modifications chimiques des selles au cours de l'évolution de l'eczéma chez le nourrisson, par H. Montlaur et S. Coutière. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 3e série, t. CIV, 94e année, no 28, juillet 1930, pp. 91-93.

Les selles ont été étudiées par la méthode de Debré, Goiffon et Rochefrette. La réaction au tournesol est des plus variables, mais tend vers l'alcalinité ; la réaction des peroxydases est toujours positive ; la présence de bilirubine est fréquente ; il n'y a pas de modification de l'ammoniaque, les acides organiques sont élevés et ont des oscillations importantes chez les enfants nourris au sein ; par contre leur fixité est remarquable dans l'allaitement artificiel ; à l'examen microscopique il faut noter l'absence complète de la flore iodophile qu'on voit chez le nourrisson normal ; les graisses neutres sont fréquentes chez les nourrissons au sein, manquent chez les autres.

A. Bocage.

Bulletin médical (Paris).

A propos du traitement des néphrites syphilitiques subaiguës, par Théobalt et Laouënan. *Bulletin médical,* 44e année, no 32, 26 juillet 1930, p. 544.

Cette observation montre qu'il ne saurait y avoir de règle générale dans le traitement de la syphilis rénale subaiguë et qu'il demande une grande prudence. Il s'agit d'un soldat indochinois, âgé de 24 ans, qui présente des signes de néphrite subaiguë. Malgré l'absence de lésions cutanéo-muqueuses, après l'insuccès d'une cure diététique, des réactions de Hecht et de Wassermann fortement positives font rattacher cette néphrite à la syphilis. Un premier traitement par le cyanure de mercure (12 injections) reste sans résultat. Une médication bismuthique par le Quinby amena une augmentation des œdèmes, et une élévation du taux de l'urée sanguine. La médication par le novarsénobenzol fut remar-

quable par la rapidité de son action ; les œdèmes, les épanchements disparurent. L'albuminurie en 5 semaines passa de 21 grammes à 2 gr. 50, l'urée sanguine de 1 gr. 34 à 0 gr. 40.

H. RABEAU.

Syphilis conjugale arséno-résistante, par P. LEGRAIN. *Bulletin médical*, 44e année, no 32, 26 juillet 1930, p. 545.

Les cas d'arséno-résistance semblent se multiplier et on a pu invoquer le rôle du médicament, celui du terrain, celui du tréponème. Voici 2 cas typiques d'arséno-résistance où le rôle du tréponème est en jeu. Le mari traité pour un accident primitif par une série de novarsénobenzol (7 gr. 50, dose max. 0 gr. 90), présente 15 jours après la cessation du traitement des syphilides généralisées et des plaques muqueuses de la verge et des amygdales.

La femme en plein traitement novarsénobenzolique, 3 semaines après le début, présente des douleurs d'ostéopériostite tibiale de type secondaire. L. pense que les injections arsénicales ont précipité l'évolution de la maladie.

Les 2 malades ont été guéris rapidement par des injections de bismuth lipo-soluble. H. RABEAU.

Lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie : Le mariage des syphilitiques, par Clément SIMON. *Bulletin médical*, 44e année, no 32, 26 juillet 1930, p. 547.

Question toujours d'actualité : il y a 10 ans, la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie nommait une commission pour l'étudier. Clément Simon fut chargé du rapport. Ses conclusions furent acceptées dans leur ensemble. Depuis 10 ans et malgré la découverte de la bismuthothérapie, elles restent vraies, en l'absence de critérium de guérison de la syphilis. S. les expose à nouveau en se plaçant dans les conditions de la pratique journalière et envisageant un certain nombre de cas concrets. Fournier exigeait 5 conditions :

1° absence d'accidents spécifiques actuels ;

2° âge avancé de la diathèse ;

3° certaine période d'immunité consécutivement aux dernières manifestations spécifiques ;

4° caractère non menaçant de la maladie ;

5° traitement spécifique suffisant.

Les règles de Fournier ont été longtemps acceptées, la discussion portait sur l'âge de la diathèse. Les quatre années de Fournier étaient généralement allongées en Allemagne, raccourcies par les auteurs de langue anglaise. S. estime qu'actuellement avec les moyens d'investigation dont nous disposons, on peut non pas décréter la guérison, mais faire un bilan plus exact des bonnes et mauvaises chances des candidats avant de les autoriser au mariage. H. RABEAU.

Quelques réflexions au sujet de l'expérience de Strasbourg, par Carle. *Bulletin médical*, 44e année, no 32, 26 juillet 1930.

La question de la suppression des maisons publiques vient d'être discutée à nouveau, à l'occasion du rapport que vient de publier la commission d'enquête sur les résultats donnés à Strasbourg par la fermeture de ces maisons. C. retient les chiffres seulement ; les voici :

a) maximum des accidents primitifs en 1920, puis diminution rapide (tombe de 130 en 1921 à 53 en 1924) ;

b) la fermeture des maisons arrive en plein plateau à la fin de la descente au début de 1926 (oscillation de 53 à 55 cas de 1924 à 1926) ;

c) augmentation immédiate des accidents en 1927 et 1928 (de 53 à 66) ;

d) chute nette en 1929 (tombe à 45).

« La diminution de la syphilis a coïncidé, à *quatre ans près*, avec la fermeture des maisons », dit le Professeur Pautrier.

La commission conclut : « Ces considérations nous amènent à rappeler que si la syphilis décroît, ce n'est pas, pour le principal, en fonction de l'ouverture ou de la fermeture des maisons de tolérance, c'est surtout en fonction de l'armement antivénérien, des circonstances économiques, de l'éducation publique et de la question de la prostitution clandestine. »

L'auteur estime que cette expérience n'apporte pas d'éléments bien nouveaux. Elle est indifférente, elle est surtout incomplète. Il espère que le Ministre de la Santé pourra étudier, apprécier l'opportunité de projets de lois revus par la Commission de Prophylaxie, les présenter au Parlement et réaliser, sans danger pour la santé publique, une expérience plus complète et plus décisive que celle de Strasbourg, en supprimant toute notre désuète réglementation policière.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris

Asthme et syphilis, par Lesné. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, no 23, 7 juillet 1930, p. 1162.

Le rôle de la syphilis héréditaire comme facteur étiologique de l'asthme lui paraît très improbable. L. a pu réunir 110 observations d'asthme avec, dans 12 cas, des signes de probabilité d'hérédo-syphilis. Ces malades furent mis au traitement spécifique ; un seul fut amélioré.

H. Rabeau.

Les échecs du traitement préventif de la neuro-syphilis, par A. Sézary. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, no 23, 7 juillet 1930.

Dans le traitement de la syphilis viscérale, dit S., il faut distinguer deux périodes. Pendant les premiers mois de l'infection en effet, les

lésions viscérales sont d'ordinaire plus ou moins curables. Dans la période tardive, elles sont, soit difficilement accessibles, soit rebelles. Cette remarque est particulièrement vraie pour la syphilis nerveuse parenchymateuse. Ces affections parenchymateuses ne sont autre chose que les manifestations cliniques de lésions nerveuses qui évoluent à bas bruit et que seule la ponction lombaire peut déceler, ainsi que l'a montré Ravaut, à leur phase préclinique. S. publie quatre observations de malades insuffisamment traités au début de leur infection, et chez lesquels un traitement tardif, prolongé, intensif, n'a pas empêché l'apparition de complications cérébrales. Cette constatation lui paraît comporter deux conclusions. D'abord de pratiquer la ponction lombaire à une période aussi précoce que possible après la phase de septicémie, à la fin de la première année, comme il l'a proposé en 1921. En second lieu, devant l'échec des médications habituelles, d'utiliser l'arsenic pentavalent et même la malariathérapie dans de tels cas.

H. Rabeau.

Syphilis nerveuse familiale, par A. Sézary. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, no 23, 7 juillet 1930, p. 1182.

Observation de syphilis nerveuse, non seulement conjugale, mais encore familiale, le virus frappant le système nerveux chez le père, la mère et un enfant, mais le respectant chez un autre enfant dont il atteint gravement les os du nez ; le même virus se montrant neurotrope et ostéotrope.

H. Rabeau.

Maladie de Hodgkin et tuberculose miliaire associées, par L. Codville. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, no 24, 14 juillet 1930, p. 1200.

Cette observation tire son intérêt de l'opposition particulièrement nette entre les édifications quasi-tumorales du processus granulomateux et les lésions miliaires tuberculeuses juxtaposées. Les constatations cliniques et histologiques des auteurs leur permettent de conclure à une tuberculose miliaire dont tous les éléments sont jeunes, à peu près contemporains et ont apparu à la période terminale d'une maladie de Hodgkin.

H. Rabeau.

Contribution à l'étude expérimentale de la lymphogranulomatose maligne, par Sacquépée, Liégeois et Codville. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, no 24, 14 juillet 1930. p. 1203.

L'inoculation au cobaye d'un ganglion prélevé chez un malade atteint de lymphogranulomatose maligne a provoqué chez ces animaux, soit par inoculation directe, soit par le deuxième passage, des lésions granulomateuses dans lesquelles on n'a pu déceler aucun germe visible et qui, par certains côtés, offrent quelque ressemblance avec celles de la maladie de Hodgkin.

H. Rabeau.

Accidents nerveux dans un cas de maladie de Steinberg-Hodgkin, par L. Boidin, Mlle Fayot et M. Beinis. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, no 24, 14 juillet 1930, p. 1247.

Dans cette observation, l'accident majeur, qui a entraîné la mort, correspond au cas le plus fréquent : paraplégie par compression sans envahissement médullaire par infiltration osseuse au contact de grosses masses ganglionnaires dorso-lombaires. Mais on note des troubles radiculaires étagés remontant jusqu'aux racines cervicales, et une paralysie passagère du nerf grand hypoglosse gauche, accidents dus à la compression des racines et du nerf grand hypoglosse à la sortie du crâne par des masses granulomateuses. H. Rabeau.

Comptes Rendus de la Société de Biologie (Paris).

Contribution à l'étude d'une épidermomycose brésilienne palmaire noire, provoquée par un cladosporium nouveau, par A. Sartory, R. Sartory, B. Reitmann et J. Meyer. *Comptes Rendus de la Soc. de Biologie*. t. CIV, no 23, 4 juillet 1930, p. 878-881.

Ce champignon a été isolé des lésions de couleur noire localisées à la région palmaire de la main uniquement chez des malades de race blanche. L'inoculation de culture à des cobayes a réussi dans la région inguinale, l'inoculation a réussi aussi chez l'homme sans qu'on puisse déterminer la raison qui favorise la localisation élective dans les plis de flexion car il ne semble pas que les substances grasses organiques favorisent notablement les cultures. A. Bocage.

Un cas d'onychomycose provoqué par un Eurotium nouveau : Eurotium diplocyste n. sp., par A. Sartory, R. Sartory, G. Hufschmitt et J. Meyer. *Comptes Rendus de la Soc. de Biologie*, t. CIV, no 23, 4 juillet 1930, pp. 881-883.

Il s'agissait d'une onyxis ancienne ; l'examen de l'ongle traité par la potasse a montré des filaments mycéliens. Les cultures ont donné facilement un parasite formant des périthèces à asques et ascospores entrant dans le genre *eurotium*.

Les auteurs donnent le détail complet du caractère de ce parasite.

A. Bocage.

Le rôle du bicarbonate de soude dans la réaction de fixation du complément, par M. Andreesco. *Comptes Rendus de la Soc. de Biologie*, t. CIV, no 24, 11 juillet 1930, pp. 937-938.

L'addition de bicarbonate de soude à la dose optima de 0,06 gr. pour 100 active l'alexine contenue dans le sérum des cobayes, une quantité trop faible ou trop forte d'alcali n'agit pas ou détruit l'alexine. D'un petit nombre d'expériences faites, il semble résulter que le pouvoir anticomplémentaire des sérums correspond à une augmentation considérable de la réserve alcaline. A. Bocage.

Essai de transmission de la syphilis aux lapins à l'aide d'inoculations de substance cérébrale provenant de cas de paralysie générale, par S. Nicolo et P. Giraud. *Comptes Rendus de la Soc. de Biologie*, t. CIV, nº 24, 11 juillet 1930, pp. 963-964.

Les essais faits en partant de 8 cas humains inoculés par différentes voies ont tous été négatifs. A. Bocage.

Réactivation à l'aide de la glycérine du virus herpétique dans le cerveau de certains lapins morts de neuro infection auto stérilisée, par S. Nicolo et L. Kopciowska. *Comptes Rendus de la Soc. de Biologie*, t. CIV, nº 24, 11 juillet 1930, pp. 965-966.

Des inoculations de cerveau de lapins morts d'encéphalite herpétique sont négatives alors que les mêmes cerveaux conservés dans la glycérine pendant quelques jours ont récupéré leur virulence. Il y a là un fait expérimental important à connaître en vue d'inoculations expérimentales diverses. A. Bocage.

Une simplification de la réaction de Bordet Wassermann, par G. Gelman. *Comptes Rendus de la Soc. de Biologie*, t. CIV, nº 24, 11 juillet 1930, pp. 982-983.

L'auteur a constaté que la fixation du complément qui demande normalement une heure à 37° se fait tout aussi bien par une agitation de 3 minutes suivant la technique employée dans la réaction de Kahn. On conçoit l'économie de temps qui en résulte tant pour les titrages que pour la réaction proprement dite. A. Bocage.

Le coefficient de Maillard chez les syphilitiques soumis à la thérapeutique novarsénobenzolique, par A. Lelier, J. Gaté et B. Linard. *Comptes Rendus de la Soc. de Biologie*, t. CIV, nº 24, 11 juillet 1930, pp. 1009-1010.

Ces auteurs ont étudié le rapport de l'azote uréifiable titrable au formol, à l'azote uréifié titrable à l'hypobromite, chez des individus à reins intacts en état de jeûne. Dans 60 o/o des cas, on constate une élévation assez marquée du coefficient ; dans 20 o/o une diminution et dans 20 o/o des différences peu appréciables. Il n'y avait aucune proportionnalité avec la dose injectée ni avec le stade de la syphilis. Il semble bien cependant que l'augmentation du coefficient traduise l'action toxique du novarsénobenzol sur le foie.

A. Bocage.

Actinothermothérapie et actinothermoprophylaxie des syphilomes testiculaires primaires du lapin. Action stimulante de l'infra-rouge sur la vitalité du tréponème pâle, par A. Bessemans et F. de Potter. *Comptes Rendus de la Soc. de Biologie*, t. CIV, nº 25. 18 juillet 1930, pp. 1040-1042.

De leurs expériences, les auteurs concluent que la chaleur tue le tréponème dans les conditions suivantes : 1 heure à 42°, 2 heures à 40° et plusieurs à quelques dixièmes au-dessous de 40° à condition qu'il s'agisse de chaleur directement provoquée par une source non lumineuse. L'emploi du spectre complet et surtout des rayons infra-rouges

amène de nombreux échecs. Il semble donc qu'il existe dans le spectre rouge et surtout infra-rouge une zone douée de propriétés biologiques spéciales distinctes de celles de toute la zone calorique des physiciens (loi de l'antagonisme des radiations de Pech).

A. Bocage.

Gazette des Hôpitaux (Paris).

Ulcères chroniques de la jambe traités par la méthode de Leriche, par A. Dragos. *Gazette des Hôpitaux*, 30 juillet 1930, 103e année, no 61, pp. 1104-1106, 4 fig.

L'auteur rapporte deux observations encourageantes, concernant deux ulcères datant de cinq ans.

L'auto-sérothérapie dans le traitement des dermatoses et particulièrement du psoriasis, par P. Busquet. *Gazette des Hôpitaux*, 103e année, no 60, pp. 1085-1090.

L'auteur rappelle qu'il a imaginé cette méthode en 1898 ; à cette époque le traitement était fait à dose de 20 centimètres cubes en injections sous-cutanées après saignée de 150 à 600 centimètres cubes compensée par une injection de sérum artificiel. L'auteur passe en revue les résultats obtenus dans les dermatoses ; ils sont excellents et très rapides dans les prurits et les urticaires, injection de 20 à 30 centimètres cubes tous les 2 jours ; avec les mêmes doses, les résultats sont excellents dans les eczémas aigus et chroniques et l'auteur fait remarquer que les insuccès de la méthode dont se plaignent beaucoup de médecins tiennent à ce que la plupart emploient des doses inférieures à 5 centimètres cubes de sérum, qui sont notoirement insuffisantes. Enfin le psoriasis serait guéri constamment par cette méthode à condition d'injecter au moins de 20 à 30 centimètres cubes tous les 2 jours pendant 2 à 8 semaines ; les quelques récidives qui surviennent sont rapidement jugulées par de nouvelles injections. L'auteur fait remarquer que l'auto-hémothérapie ne saurait rendre les mêmes services, étant donné les énormes doses de sang à injecter si on voulait avoir une quantité correspondant à 30 centimètres cubes de sérum.

A. Bocage.

Journal de Médecine de Paris.

L'auto pansement des phlyctènes par coagulation, par L. Libet. *Journal de Médecine de Paris*, 30e année, no 31, juillet 1930, p. 662

La méthode consiste à ponctionner avec l'aiguille diathermique la phlyctène de façon à obtenir autour de l'aiguille une zone de coagulation. De place en place, on fait pénétrer l'aiguille de façon à produire une coagulation de toute la poche liquide.

Ce coagulum aseptique et adhérent, réalise un auto-pansement dont la

chute en quelques jours laisse voir un épiderme en pleine régénération.

H. Rabeau.

Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques (Paris).

Les érythèmes barbituriques, par J. Vanier. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, t. CI, 25 juillet 1930, 14e cahier, art. 29682, p. 509.

La grande fréquence de l'emploi des dérivés barbituriques rend plus utile cette revue générale sur les accidents cutanés qu'ils peuvent causer.

Cliniquement l'exanthème est l'élément le plus frappant du tableau clinique. Ces exanthèmes peuvent être classés en deux catégories. D'une part, les éruptions franchement toxiques, apparaissant subitement avec œdème, élément bulleux ou maculo-vésiculeux, d'autre part, les exanthèmes qu'on pourrait qualifier de pseudo-infectieux, le plus souvent érythème scarlatiniforme. L'exanthème fait souvent partie du tableau clinique et l'état général est touché dans des proportions variables. Dans la majorité des cas d'intoxication, l'évolution est favorable (pourtant 3 cas mortels signalés). La fréquence des érythèmes est diversement appréciée : en France, Tardieu admet 20 o/o des cas d'intoxication ; en Amérique, Menninga, administrant le luminal à 400 malades, observe 3 érythèmes ; Rodrigues Arias et Garcia Gonzalo, en Espagne, observent le taux de 8 o/o. La question des doses est discutée. Pour les uns, seules les grosses doses peuvent les provoquer, pour les autres, les accidents cutanés seraient l'apanage des doses faibles. La date du début est importante au point de vue pathogénique. Très souvent les érythrodermies se révèlent au 9e jour qui suit l'ingestion du produit et Milian les considère comme des éruptions biotropiques. Outre cet argument de date, Milian invoque l'exanthème, la fièvre, les adénopathies, le polymorphisme des éruptions, enfin l'absence de reproduction de ces accidents par administration du toxique en cause après un délai de 15 à 20 jours. Pour d'autres auteurs, la pathogénie de ces érythèmes relève du domaine des états anaphylactiques. Mais quelle qu'en soit la pathogénie, la cause du déclanchement des phénomènes morbides est une déficience hépato-rénale.

V. propose une série de recherches sur la pathogénie de ces accidents cutanés. La réglementation de la vente des dérivés barbituriques semble s'imposer ; le médecin devra éviter leur prescription chez les malades porteurs de lésions hépatiques ou rénales.

H. Rabeau.

Paris Médical.

Des troubles causés par les colorants des fourrures. Troubles cutanés et troubles respiratoires, par M. Babalian et Mlle Retlinger. *Paris Médical*, 20e année, no 28, 12 juillet 1930, pp. 39-45.

Ces accidents sont causés surtout par les ursols dérivés de l'aniline.

Ces colorants sont d'autant plus dangereux que leur degré de basicité est plus élevé. Les auteurs distinguent deux types cliniques, la maladie de l'ursol d'une part chez les ouvriers fourreurs et d'autre part les dermites chez celles qui portent les fourrures. La maladie de l'ursol est surtout cutanée, dermite de type eczématiforme principalement, plus rarement prurigos variés et en outre de l'asthme se rapprochant assez de l'asthme essentiel. Habituellement, ces affections sont chroniques et rebelles. Les dermites dues au port des fourrures ont une localisation bien spéciale qui les fait facilement reconnaître ; leurs types dermatologiques sont multiples : érythème scarlatiniforme, érythème érysipélatoïde, dermite eczématiforme, parakératose, prurigo lichénoïde, sur lesquels peuvent se greffer des pyodermites diverses. A noter que l'application sur ces lésions de crystal-violet et de vert-brillant peut les irriter. L'étude des cuti-réactions ne donne pas toujours de réponse caractéristique. Les auteurs discutent la pathogénie de la maladie de l'ursol et semblent admettre qu'il n'y a pas allergie mais irritation locale de la peau et des voies aériennes. A noter l'insuccès des méthodes de désensibilisation, hyposulfite, peptone, auto-hémothérapie, tant que les malades continuent à être sous l'action de l'ursol.

A. Bocage.

Presse Médicale (Paris).

Ce qu'on doit entendre en médecine par anaphylaxie, par Pasteur Vallery-Radot. *Presse Médicale*, 38e année, no 54, 5 juillet 1930, p. 905.

Besredka a écrit récemment : « Dans leur désir d'élargir le domaine de l'anaphylaxie et de l'étendre à la pathologie humaine, les cliniciens ont commis dans bien des circonstances des abus de langage... » Faisant sienne cette opinion, l'auteur demande que le terme d'anaphylaxie devienne aussi précis en clinique qu'il l'est en expérimentation. Il expose les principes fondamentaux de l'anaphylaxie et les critères cliniques et biologiques.

En clinique comme en expérimentation, l'anaphylaxie nécessite la sensibilisation à un antigène. L'antigène a pu pénétrer dans l'organisme par les voies les plus diverses : voie cutanée ou sous-cutanée, intraveineuse, respiratoire, digestive. La sensibilisation a pu se faire en une fois ou par action réitérée de l'antigène. Alors que la sensibilisation est réalisée presque invariablement chez l'animal, elle ne s'effectue que rarement chez l'homme et le pourquoi de cette sensibilisation demeure inconnu. L'état de sensibilisation implique la présence dans l'organisme d'un anticorps vis-à-vis de l'antigène.

Parmi les critères cliniques, biologiques, thérapeutiques, ce sont les critères cliniques qui sont les plus fidèles.

« Critères cliniques. — Un syndrome d'ordre anaphylactique est une crise, survenant chez un sujet sensibilisé à un antigène, lorsque le sujet est en contact avec l'antigène, même si cet antigène est de quan-

tité infinitésimale. Cette crise dure un temps limité, ne laisse pas de séquelle. Elle réapparaît chaque fois que l'organisme est en contact dans les mêmes conditions avec l'antigène. Elle ne se produit pas chez d'autres sujets soumis aux mêmes conditions antigéniques. »

L'auteur montre ensuite la valeur relative des critères biologiques et thérapeutiques. H. Rabeau.

Grippe et réactions cutanéo-muqueuses, par L. Lortat-Jacob et Solente. *Presse médicale*, 38e année, no 61, 30 juillet 1930, p. 1025.

Dans cette belle revue générale, les auteurs montrent toute la variété des répercussions dermatologiques de la grippe. Ces rashs de la grippe en particulier peuvent être la source d'erreurs graves de diagnostic : on peut, en effet, observer des éruptions de type roséolique, des taches rosées lenticulaires, des éruptions papuleuses diverses, pityriasiformes et lichénoïdes. L'érythème scarlatiniforme est exceptionnel, les érythèmes morbilliformes plus fréquents ; les auteurs groupent sous le nom d'érythèmes circinés grippaux une série d'éruptions de type variable : érythème marginé aberrant (Jacquet, 1918), des érythèmes en cocarde... — Le système vaso-moteur et sécrétoire est souvent profondément touché par la grippe : fièvre pourpre (Barthélemy) suivie de crise sudorale, modification des sécrétions glandulaires (glandes mammaires, glande lacrymale), purpura. — Parmi les lésions tégumentaires : l'herpès, le zona, l'érysipèle, des suppurations cutanées, des lésions gangréneuses, des érythèmes noueux, des érythèmes polymorphes, de l'eczéma, de l'urticaire, peuvent s'observer.

Enfin, manifestation très fréquente, l'alopécie grippale sur laquelle Thibierge et Sabouraud ont longuement insisté, tantôt alopécie diffuse, tantôt type en clairières ou type en aires. La repousse se fait en quelques semaines. H. Rabeau.

Revue française de dermatologie et de vénéréologie (Paris).

Ulcère gommeux syphilitique de la muqueuse buccale, accompagné d'adénopathie et simulant histologiquement un lymphadénome, par G. Milian, L. Périn et L. Michaux. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, 6e année, no 5, mai 1930, pp. 260-265.

Un malade présentait une large infiltration de type tumoral à la face interne de la joue avec ulcération. L'existence de leucoplasie ulcérée fait tenter un traitement d'épreuve qui fait fondre très rapidement la lésion initiale et la très volumineuse adénopathie qui l'accompagnait.

A propos de ce cas, les auteurs passent en revue les diverses observations connues de gommes ganglionnaires.

A. Bocage.

Syphilis maligne précoce. Manifestations ulcéreuses ultérieures, par G. Milian. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, 6e année, no 5, mai 1930, pp. 266-268.

25 ans après une syphilis maligne précoce, un malade fait à nouveau des lésions ulcéreuses graves des organes génitaux qui guérissent par le traitement novarsénobenzolique au prix de réactions fébriles après les doses faibles du début et d'un amaigrissement intense du malade. A. Bocage.

Syphilides varicelliformes, par J. Fouquet. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, 6e année, no 5, mai 1930. pp. 269 270.

Observation intéressante par la constatation de tréponèmes dans la sérosité des lésions. A. Bocage.

Indications respectives des sérums et des vaccins dans la blennorragie, par G. Milian. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, 6e année, no 5, mai 1930, pp. 271-272.

Une malade atteinte de blennorragie en voie de généralisation, pyélonéphrite, fièvre, voit sa température s'élever encore sous l'influence de la vaccinothérapie et baisser brusquement après injection de sérum antigonococcique.

L'auteur montre que le vaccin convient surtout aux cas où le foyer infectieux est limité, insuffisant pour stimuler la formation d'anticorps par l'organisme. Le sérum convient au contraire aux cas où l'envahissement microbien est trop abondant et trop virulent pour un organisme défaillant. A. Bocage.

Dysidrose infectieuse, par G. Milian. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, 6e année, no 5, mai 1930, pp. 273-274.

Après une blessure de la main, apparaît une éruption bulleuse qui prend secondairement l'autre main sous une autre forme, érythémato-squameuse. Il s'agissait d'une dysidrose streptococcique. Comme d'ordinaire, ce germe se montrait sous forme de diplocoques dans les frottis, ne prenant la forme en chaînettes que dans les cultures en bouillon-pipette. A. Bocage.

Sidération de la croissance unguéale chez une hérédo syphilitique, par G. Milian. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, 6e année, no 6, juin 1930, pp 327-330, 1 fig.

Chez une jeune fille de 17 ans présentant quelques rares stigmates d'hérédo-syphilis, on constate une croissance infiniment lente des ongles, qui ne recouvrent pas l'extrémité des doigts ni des orteils. Un traitement antisyphilitique amène une croissance plus normale bien que les ongles conservent une assez grande fragilité.

A. Bocage.

Erythème circiné syphilitique. Syphilis ignorée ou syphilis décapitée, par P. B. Photinos. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, 6e année, no 6, juin 1930, pp. 331-335.

Observation d'une femme contaminée par son mari depuis vraisemblablement une dizaine d'années bien qu'elle n'ait eu aucun accident

apparent en dehors d'une fausse couche. Elle présentait un érythème tertiaire dont la guérison fut rapide sous l'influence du traitement spécifique. A. Bocage.

Syphilis maligne précoce, par G. Milian. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, 6e année, n° 6, juin 1930, pp. 336-348, 5 fig.

Deux observations avec ulcérations multiples très étendues apparaissant dès le deuxième mois à la figure, succédant à des papules œdémateuses presque bulleuses, et extrêmement douloureuses ; à noter l'asthénie profonde, l'amaigrissement, les œdèmes, la bronchite asthmatiforme, la diarrhée avec langue humide, la fièvre dépassant 38°, l'intégrité du système nerveux. La réaction de Wassermann était fortement positive, la guérison fut extrêmement rapide avec les arsénobenzols après échec d'autres médicaments. Il n'y eut pas d'alopécie en l'absence de roséole. Le tréponème en formes longues et courtes a été trouvé dans les papules mais non dans les ulcérations. L'auteur rapporte un protocole très détaillé des lésions anatomiques : les plasmocytes manquent à peu près complètement ; la réaction inflammatoire est presque uniquement conjonctive, avec cellules hypertrophiées rappelant les cellules épithélioïdes tuberculeuses. On trouve un nombre considérable de noyaux étirés de cellules conjonctives. Pas d'endartérite, mais un grand nombre de dilatations vasculaires et lymphatiques.

A. Bocage.

Paralysie arsenicale de l'accommodation, par G. Milian. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, 6e année, n° 6, juin 1930, pp. 349-354, 1 fig.

Au cours d'un traitement novarsenical assez mal supporté, un malade fait des manifestations érythémateuses avec conjonctivite grave. A la suite, on constata l'existence d'une paralysie de l'accommodation. Le Wassermann étant devenu négatif. Au cours de son érythrodermie qui dura 2 mois, le malade eut presque tout le temps de la fièvre. Ces troubles oculaires guérirent en 3 semaines.

A. Bocage.

Réaction biotropique directe objective et thermique au cours d'un traitement par le 914, par G. Milian. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, 6e année, juin 1930, pp. 355-359, 1 fig.

A la 4e injection de 914 le malade fait une poussée thermique à 40° après frisson en même temps que son chancre et les ganglions correspondants augmentent de volume. Une injection à la dose de 0 gr. 90 faite quelques jours plus tard, est beaucoup mieux supportée que la dose précédente de 0 gr. 75 et amène la cicatrisation du chancre. Ultérieurement le malade supporta sans réaction fébrile jusqu'à 1 gr. 20. Il s'agissait donc d'activation directe de la syphilis par une dose insuffisante de 914. A. Bocage.

Hématurie au cours du traitement par le 914, expression d'un biotropisme indirect prorhumatismal, par G. Milian. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie,* 6e année, juin 1930, 360-362.

Un ancien rhumatisant albuminurique fait un érythème scarlatiniforme du 9e jour au cours d'un traitement par le 914 pour syphilis secondaire. Le traitement novarsenical peut cependant être continué éveillant quelques réactions douloureuses articulaires. Une dernière dose de 1 gr. 05 provoque une abondante hématurie qui ne dura que 24 heures. Étant donné qu'au moment de cet incident les symptômes cliniques et sérologiques de syphilis étaient en pleine décroissance, l'auteur pense qu'il n'y eut pas action biotropique directe sur la syphilis mais une biotropie indirecte due au rhumatisme articulaire aigu antérieur chez un sujet dont le rein était resté fragile.

A. Bocage.

Revue neurologique (Paris).

La neurosyphilis de l'indigène algérien, par Dumolard, Aubry et Sarrouy. *Revue neurologique,* 37e année, t. I, no 6, juin 1930, pp. 1151-1155.

Rappelant la fréquence et la gravité des manifestations cutanées et osseuses de la syphilis chez l'indigène algérien, et la rareté de la neuro-syphilis parenchymateuse alors que la neuro-syphilis conjonctivo-vasculaire y est assez fréquente, les auteurs passent en revue les hypothèses pathogéniques qui peuvent expliquer ces faits en même temps que l'augmentation actuelle de la neuro-syphilis parenchymateuse. Ils n'admettent pas la dualité du virus, mais pensent que l'immunité relative du parenchyme nerveux des indigènes algériens tient essentiellement aux modifications humorales qui sont la conséquence d'une multitude d'infections propres à la région et en particulier fièvre récurrente et paludisme chronique peu traité. Ces infections auraient pour conséquence une hyperallergie cutanée témoignant de profondes modifications humorales.

A. Bocage.

Histopathologie et bactériologie de deux cerveaux de paralytiques généraux impaludés, par Laignel Lavastine et S. Constantinesco. *Revue neurologique,* 37e année, t. I, no 6, juin 1930, pp. 1196-1198.

Un des malades mourut au cours des premiers accès, l'autre quelques semaines plus tard. Les auteurs décrivent en détails les lésions histologiques qui montrent la tendance à la paralysie générale à se transformer en syphilis cérébrale en même temps que les tréponèmes se fragmentent deviennent granuleux et finissent par disparaître.

A. Bocage.

Sclérose combinée ; lésions diffuses et inflammatoires du névraxe. Anévrisme de l'artère spinale antérieure. Syphilis probable, par L. Babonneix et A. Widiez. *Revue neurologique,* 37e année, t. I, no 6, juin 1930, pp. 1214-1217.

C'est l'observation d'un malade qui, cliniquement, présentait un syndrome de sclérose latérale amyotrophique banale et dont l'autopsie montra qu'il s'agissait de sclérose combinée intéressant le faisceau pyramidal croisé, le faisceau pyramidal direct et le faisceau de Goll. Il existait des lésions vasculaires diffuses et même un anévrisme de l'artère spinale antérieure. La dissémination des lésions, l'intensité de l'atteinte vasculaire et l'existence d'un peu de leucoplasie invitaient à penser que la syphilis était la cause des lésions. A. Bocage.

Les lésions du système nerveux central dans le zona, par J. Lhermitte et Vermes. *Revue neurologique*, 37e année, t. I, no 6, juin 1930, pp. 1231-1236, 3 fig.

Observation détaillée d'un zona du trijumeau survenu chez un homme de 73 ans qui amena la mort à la suite de troubles encéphaliques et qui montra à l'autopsie des foyers hémorragiques et malaciques du cerveau. A. Bocage.

Névrite optique bilatérale par hérédo-syphilis, par L. Morquio. *Revue neurologique*, 37e année, t. II, no 1, juillet 1930, pp. 70-72.

C'est l'observation d'un enfant de 14 ans, dystrophique, avec infantilisme génital et retard intellectuel et corporel sans aucun antécédent précis de syphilis qui fait spontanément une névrite optique bilatérale aboutissant en 3 mois à la cécité complète malgré un traitement antisyphilitique et opothérapique énergique. La ponction lombaire montra une réaction méningée avec Wassermann positif dans le liquide rachidien et dans le sang. A. Bocage.

Méningo-encéphalite syphilitique à forme narcoleptique, par Laignel-Lavastine et Miget. *Revue neurologique*, 37e année, t. II, no 1, juillet 1930, pp. 87-88.

Il s'agit d'une femme de 32 ans, plongée dans une somnolence continuelle sans autre trouble organique apparent. La ponction lombaire révéla qu'il s'agissait de méningo-encéphalite syphilitique.

A. Bocage.

Torticolis et crampe des écrivains probablement d'origine syphilitique, par Stépien. *Revue neurologique*, 37e année, t. II, no 1, juillet 1930, pp. 126-127.

Chez un homme de 55 ans, ancien syphilitique insuffisamment traité, présentant de l'inégalité pupillaire, on constate une rotation involontaire de la tête à gauche et un tremblement du membre supérieur droit quand il écrit. Wassermann positif dans le sang ; amélioration sous l'influence du traitement antisyphilitique. A. Bocage.

Revue sud-américaine de médecine et de chirurgie (Paris).

L'érythropoïèse dans l'anémie grave de la maladie de Carrion (Verrue péruvienne), par Daniel Mackehenie. *Revue sud-américaine de médecine et de chirurgie*, t. I, no 6, juin 1930, p. 569.

L'auteur examine d'abord sommairement la formation du sang et de la lymphe. Il étudie les phases d'érythropoïèse primitive dans le mésenchyme, de myélopoïèse et de lymphopoïèse, qui se succèdent depuis l'ébauche ontogénique jusqu'à l'état adulte et qui coexistent ensuite.

D'après lui, le mésenchyme conserve son activité hématopoïétique pendant toute la vie : embryonnaire, fœtale et adulte et dans certains cas, il se produit des phénomènes de réversion et d'atavisme. C'est ainsi que dans la maladie de Carrion la désorganisation du tissu lymphoïde et de la moelle osseuse a pour conséquence une reviviscence du mésenchyme dans les tissus et dans les organes avec reprise de son activité érythroblastique primaire. J. Margarot.

A propos de l'hématologie de la maladie de Carrion ou verrue péruvienne, par Carlos Monge et Pedro Weiss. *Revue sud-américaine de médecine et de chirurgie*, t. I, no 6, juin 1930, p. 570, 4 pl.

La maladie de Carrion présente dans ses formes sévères un syndrome hématique caractéristique. Il n'y a que la verruga qui puisse donner naissance à ce type spécial d'anémie aiguë à forme pernicieuse et fortement régénératrice. En quelques jours, le sujet devient exsangue, cadavérique. Le nombre des globules rouges n'est souvent que d'un million. Celui des leucocytes est de 10 à 20.000 par millimètre cube. L'activité hématopoïétique est intense (apparition fréquente de types embryonnaires, mégaloblastiques, forte réaction de la série granuleuse, réaction plus modérée des séries monocytique et lymphoïde, etc.). Les altérations leucocytaires apparentent l'anémie à certains processus subleucémiques.

En résumé, la perturbation profonde des organes formateurs du sang entraîne l'apparition d'éléments embryonnaires et la réparation se fait par le processus de l'érythropoïèse primitive.

J. Margarot.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Modifications morphologiques du sang dans la syphilis héréditaire et valeur de la classification des neutrophiles d'après Arneth (Morphologische Blutveränderungen und die Bedeutung der Klassifikation der Neutrophilen nach Arneth bei Syphilis congenita), par A. D. Froitzkaja. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLIX, cahier 3, 1930, p. 482.

L'auteur a examiné le sang de 38 hérédo-syphilitiques au point de vue des modifications morphologiques du sang et de l'importance de la classification des polynucléaires neutrophiles d'après Arneth :

Les examens furent pratiqués avec la cellule de Thoma et l'hémomètre de Sahli. Les thrombocytes furent comptés d'après Sahli et les préparations colorées au Pappenheim. D'après les résultats obtenus, F. arrive aux conclusions suivantes :

Les modifications du sang sont quantitativement très variables dans la syphilis héréditaire.

On constate tantôt une chlorose, tantôt une chloro-anémie, accompagnée, dans certains cas, d'une forte leucocytose, dans d'autres d'une quantité de leucocytes normale. On trouve aussi de temps à autre des symptômes qui se rapprochent de l'anémie pernicieuse ou du type de l'anémie aplastique.

La présence d'érythroblastes, l'index hémolytique au-dessus de 10 ne doivent pas être considérés comme pathognomoniques de la syphilis héréditaire. Une augmentation des monocytes considérée par Sorokin comme caractéristique dans la syphilis des adultes, n'a pas été constatée.

On trouve de temps à autre chez des malades atteints d'une forte éruption, une éosinophilie, mais cette présence n'est pas obligatoire. L'éosinophilie manque dans les cas graves (diminution des éosinophiles dans la syphilis maligne). En cas d'amélioration, leur nombre augmente et on rencontre des formes jeunes. Le nombre des lymphocytes est presque toujours normal par rapport aux polynucléaires neutrophiles.

Le tableau morphologique du sang est d'une grande valeur pour le diagnostic, même après la disparition des signes cliniques ; c'est pourquoi le traitement de la syphilis héréditaire doit être pratiqué sous le contrôle de la formule sanguine.

Les modifications de la formule sanguine, d'après Arneth, sont dues à un trouble de la fonction de la moelle osseuse.

Olga Eliascheff.

Epreuves d'allergie dans les maladies cutanées avec considérations spéciales sur les périodes primaire et tardive de l'état exsudatif (Allergenproben bei Hauterkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Früh- und Spätperiode de Status exsudativus), par Alfred Müller. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*. vol. CLIX. cahier 3, 1930, p. 491

L'état exsudatif se distingue par nombre de stigmates indépendants du cours de la maladie. A ces stigmates appartient la faculté de réagir aux extraits allergiques.

La tâche de l'auteur fut donc de rechercher s'il était possible de faire un diagnostic spécifique par des extraits d'allergènes dans les maladies cutanées dues à l'état exsudatif. Les conclusions sont les suivantes :

La peau se distingue dans les deux stades de l'état exsudatif par une faculté de la peau de réagir aux extraits allergiques.

Dans la période primaire de l'état exsudatif, dans l'eczématoïde exsudative, la faculté de réaction de la peau est spécifique et correspond aux observations cliniques. Il faut considérer l'eczématoïde exsudative comme une allergie vis-à-vis des produits alimentaires, l'hypersensibilité se produit surtout par le lait et l'œuf.

Dans la période tardive de l'état exsudatif, dans l'eczématoïde exsudative tardive, l'hypersensibilité est plus rarement provoquée par les aliments que par la poussière, les moisissures, les produits épidermiques des animaux. Dans un certain nombre de cas, le diagnostic spécifique est possible grâce à la réaction allergique positive. Mais à côté de ces cas,

il existe des cas avec une sensibilité plurivalente qui permettent de reconnaître la présence d'un état allergique, mais qui, d'après nos connaissances actuelles, ne permettent pas un diagnostic spécifique.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude du « chloasma périorale » des vierges (Beitrag zur Kenntnis des Chloasma periorale virginum), par K. von BERDE. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLIX, cahier 3, 1930, p. 506, 1 figure.

L'auteur apporte les observations de 4 cas de *chloasma periorale virginum* décrit en 1922 par de Poor. Dans tous les cas, il constata une dysfonction ovarienne (menstruation irrégulière). Aucun résultat par les différentes thérapeutiques mais disparition spontanée des taches pigmentées soit après des semaines ou des mois, soit après des années.

OLGA ELIASCHEFF.

Neurofibromatose excessive de Recklinghausen et déformation du squelette (Neurofibromatosis Recklinghausen excessiva und Skelettmissbildung), par Viktor GORLITZER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLIX, cahier 3, 1930, p. 510, 5 figures.

Observation d'un cas de neuro-fibromatose de Recklinghausen caractérisée par des lésions énormes de la peau et du squelette d'un segment du côté gauche. Le sujet atteint dès le bas âge de ces lésions se plaint à l'âge de 50 ans, de douleurs dues à des tumeurs extramédullaires qui provoquent une myélite compressive.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur les nodosités juxta-articulaires (Ueber Nodositas juxta-articularis) (Nodosité juxta-articulaire Lutz-Jeanselme), par Max H. WELTI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLIX, cahier 3, 1930, p. 541, 4 fig.

Premier cas de nodosités juxta-articulaires observé en Autriche. Observation clinique et examen histologique.

Le malade porteur de syphilides tubéro-serpigineuses présenta les réactions de Wassermann, de Meinicke et de Muller fortement positives. Pas de tréponèmes dans les coupes, ni dans le suc du nodule excisé. Résultat négatif après inoculation au lapin.

L'histologie des lésions est presque identique à celle décrite par les autres auteurs (Jessner, Jeanselme et Eliascheff, Sparacios, etc.). Ce qui est nouveau, c'est la présence d'une grande quantité de « Gitterfasern ». L'augmentation de ces fibres parle en faveur de l'origine syphilitique des nodosités. Ces nodosités rétrocédèrent sensiblement par le traitement spécifique.

OLGA ELIASCHEFF.

Un phénomène non encore observé dans la pelade (Ein bis jetzt unbeachtetes Phänomen bei Alopecia areata), par Aage KRISTJANSEN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLIX, cahier 3, 1930. p 451, 7 fig.

Formation d'un dessin rhomboïde hétérotypique dans une pelade évoluant depuis au moins 6 mois (observation au dermatoscope). Cette for-

mation dépend, d'après l'auteur, des modifications anatomo-pathologiques du derme. OLGA ELIASCHEFF.

La leishmaniose américaine cutanée (Die amerikanische Hautleishmaniose), par G. BUSS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLIX, cahier 3, 1930, p. 555, 12 figures.

L'auteur a examiné histologiquement les différentes formes de lésions dans la leishmaniose américaine.

I. — Il constate dans les *nodules cutanés non ulcérés*, nodules âgés de 1 à 6 mois, les lésions histologiques suivantes :

Dans le chorion un infiltrat très dense, qui en montant jusqu'à l'épiderme détruit les tissus collagène et élastique. On ne rencontre presque jamais dans ces infiltrats de structure tuberculoïde ou de cellules géantes.

L'épiderme est acanthosique, recouvert par places de croûtes.

II. — *Formes de transition :* verruqueuse, papillomateuse. Cette forme est caractérisée par une papillomatose très prononcée. Les lésions restent limitées aux couches supérieures du derme : elles se manifestent par un œdème et par une dissociation du tissu conjonctif du corps papillaire à côté d'une hypertrophie épidermique.

III. — *Les formes ulcérées :* dans cette forme, la perte de substance descend jusque dans le derme profond. On ne trouve des amas d'infiltrat qu'à la bordure de la lésion, l'infiltrat est souvent de structure tuberculoïde. Cicatrice peu caractéristique après la guérison.

IV. — *Nodules sous-cutanés :* on trouve soit un tissu de granulation banale qui entoure une cavité remplie de détritus cellulaires, soit une structure tuberculoïde typique aboutissant à la caséification.

V. — *Lésions du tissu lymphatique :* au début tous les segments des ganglions lymphatiques atteints sont plus grands que normalement et œdémateux, riches en plasmocytes. On trouve de grandes cellules épithélioïdes en bandes et, à un stade plus avancé, soit une transformation des foyers en tissu fibreux, soit une caséification et une nécrose.

La leishmaniose cutanée se présente donc sous des formes histologiques très différentes. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de l'inflammation de la peau par le pétrole d'éclairage (Ueber Haut-entzündung durch Leuchtpetroleum), par A. TELLER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLIX, cahier 3, 1930, p. 580, 5 fig.

Observations cliniques, examen histologique et étude expérimentale de lésions dues au pétrole d'éclairage.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

Après l'application sous-cutanée ou intradermique, le pétrole produit des phlegmons graves dont la durée peut être raccourcie par l'intervention chirurgicale. Mais ces phlegmons peuvent aussi produire une issue fatale.

Employé en frictions ou en pansements, le pétrole peut produire des dermites artificielles très graves chez l'homme et chez l'animal, dermites se terminant par la mort.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de la maladie de Fox-Fordyce (Zur Kenntnis der Fox-Fordyceschen Krankheit), par Sh. DOHI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLIX, cahier 3, 1930, p. 611, 7 fig.

Observations de 5 malades, 3 femmes et 2 hommes, atteints de la maladie de Fox-Fordyce. Description détaillée clinique et histologique d'un cas personnel de l'auteur.

Femme jeune, hystérique, atteinte dès la puberté d'hyperhydrose et d'osmidrose axillaire. Apparition des démangeaisons quelques mois avant l'apparition des papules. Les démangeaisons sont très fortes surtout avant et pendant la menstruation, elles sont beaucoup plus fortes la nuit que le jour.

La localisation des foyers correspond tout à fait à celle des glandes apocrines.

Les lésions histologiques consistent en une dilatation des parties sécrétantes des glandes apocrines, qui sont entourées d'un infiltrat. On trouve aussi des lésions du follicule pileux.

Très peu d'amélioration par les différents traitements.

L'auteur exprime l'opinion que la maladie de Fox-Fordyce devrait être considérée comme une dermatose cliniquement spéciale, en rapport très étroit avec la dysfonction des glandes apocrines.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de la syphilis expérimentale du système nerveux central (Zur Frage der experimentellen Syphilis des Zentralnervensystems), par J. D. PERKEL, M. M. ISRAELSON, G. I. BOJEWSKAJA et E. S. ORETSCHKEN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLIX, cahier 3, 1930, p. 619.

Travail expérimental et histo-pathologique sur les lésions syphilitiques du système nerveux central. Les auteurs concluent qu'il n'existe pas un « virus » nerveux isolé : quelques-unes des souches de tréponèmes peuvent être temporairement plutôt neurotropes que dermatotropes, tandis que d'autres sont plutôt dermatotropes que neurotropes. Ils n'ont pas pu démontrer l'influence de la race du lapin sur le développement de la syphilis nerveuse.

On constate très fréquemment dans le liquide céphalo-rachidien une lymphocytose non seulement dans la syphilis expérimentale, mais aussi dans les processus inflammatoires du cerveau.

Le torticolis, décrit par Finkelstein dans la syphilis du lapin, se rencontre aussi dans l'encéphalite spontanée.

Les lésions anatomo-pathologiques du cerveau dans la syphilis du système nerveux central sont identiques à celles de la syphilis mani-

feste et de l'encéphalite spontanée. C'est pourquoi le lapin ne peut pas servir pour l'étude des différentes maladies encéphalitiques.

Les auteurs ont obtenu un résultat positif en inoculant dans le testicule d'un animal sain la substance blanche du cerveau d'un lapin atteint de signes cliniques d'une syphilis nerveuse.

OLGA ELIASCHEFF.

Nouveaux examens de malades soignés plus de dix ans auparavant pour la syphilis (Nachuntersuchungen bei vor mehr als 10 Jahren wegen Lues behandelten Patienten), par Werner JADASSOHN, Elsa JOOS et Friedrich VOGELSANGER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLIX, cahier 3, 1930, p. 628.

Les malades soignés pour la syphilis furent réexaminés plus de 10 ans après le début du traitement. Les résultats furent les suivants :

Résultats cliniques et sérologiques. — *Hommes* : 76 malades : sur ce nombre 45 sujets ne présentèrent aucun symptôme de syphilis ; chez 24 d'entre eux fut pratiquée la ponction lombaire.

Parmi les 31 avec manifestations, soit nettes, soit suspectes, l'auteur a trouvé :

A. — Avec manifestations syphilitiques cliniques :

a) lésions nettes : 8 malades.

Paralysie générale, 1 ; tabès et mésaortite syphilique, 1 ; tabès, 1 ; syphilis cérébro-spinale, 2 ; mésaortite spécifique, 2 ; syphilis cutanée secondaire tardive, 1.

11 sujets avec lésions suspectes (symptômes cérébraux, mésaortite syphilitique).

Pour se rendre compte s'il était possible de dépister une syphilis floride, l'auteur s'est servi de l'examen de la vitesse de précipitation des globules rouges.

Femmes : Sur 63 sujets, 45 présentèrent des symptômes cliniques nets de syphilis et 3 des symptômes suspects.

De tous ces malades (hommes et femmes), aucun ne présenta de lésions cutanées, muqueuses ou osseuses tertiaires, grâce au traitement par le salvarsan.

139 sujets furent examinés au point de vue sérologique :

Réactions sanguines : toutes les réactions positives chez 21 malades. Quelques-unes des réactions furent positives ou douteuses chez 23 sujets.

Résultat négatif chez 95 malades.

Examen du liquide céphalo-rachidien chez 94 sujets :

Résultats positifs : 9 fois (toutes les réactions) ; résultats négatifs : 4 fois (quelques-unes furent positives ou douteuses).

Résultats négatifs : 81 fois.

La vitesse de la précipitation des globules rouges ne fut augmentée que dans quelques cas, tels une aortite avec tabès, deux méningites syphilitiques, une insuffisance aortique et quatre cas avec réactions sanguines positives.

Définition des groupes sanguins : aucune influence du groupe sanguin sur le pronostic de la syphilis.

Examen ophtalmologique excepté des troubles pupillaires ; cet examen fut toujours négatif.

Mariage et nombre d'enfants : les 139 sujets (32 sont célibataires) ont 166 enfants dont 85 sont nés après l'infection. Sur ces 85 enfants, on n'en trouve que 6 avec syphilis héréditaire.

Malades morts : sur 583 syphilitiques soignés à la clinique de Zurich de juin 1916 à décembre 1918, 38 sont morts (24 hommes, 14 femmes), dont 3 à la suite du traitement (2 par le salvarsan, 1 par le Hg), 7 hommes présentèrent *ante mortem* ou à l'autopsie des lésions syphilitiques et la mort paraît être due à la maladie. 6 sur ces 7 sujets n'ont été traités que tardivement. OLGA ELIASCHEFF.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Observations d'onychopathies rares (Zur Kasuistik seltener Nagelerkrankungen), par J. HALLER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVIII, f. 5/6, juin 1930, p. 301, 2 fig.

Une observation d'onyxis fongueuse chez un hérédo-syphilitique de 20 ans (obs. antérieure de Spitzer). Observation d'une femme de 58 ans atteinte d'un phlegmon grave de l'avant-bras droit avec accidents considérables du côté des ongles, d'origine trophique, dus aux incisions, etc. Ultérieurement, on vit persister presque complètement l'œdème dur et d'autres troubles trophiques de la main, tandis que les ongles revinrent complètement à l'état normal. H. rapproche ce fait de la rareté considérable de troubles trophiques persistant du côté des ongles après les nombreuses blessures de guerre.

Il y a ici, non pas concordance, mais discordance dans l'évolution des troubles trophiques des ongles et des troubles trophiques des autres tissus. CH. AUDRY.

Altérations cutanées de la Pellagre (Die Hauterscheiungen der Pellagra), par RILLE. *Dermatologische Zeitschrit*, t. LVIII, fasc. 5-6, juin 1930, p. 505.

Leçon d'ensemble constituant un excellent tableau de la pellagre. Rien de nouveau. CH. AUDRY.

Diagnostic précoce de la dent d'Hutchinson non incluse dans le maxillaire au moyen des rayons X (Dei Frühdiagnose von noch im Kiefer verborgenen Hutchinson-Zähnen mit Hilfe des Röntgenbildes), par H. MEYER et BULBY. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIX, f. 5/6, juin 1930, p. 313, 3 fig.

Les Américains Stokes et Garder ont les premiers radiographié des dents d'Hutchinson avant leur éruption. M. rappelle d'abord la description initiale d'Hutchinson ; puis il cite les examens de Quinlan qui a obtenu deux fois de bonnes radiographies de dents d'Hutchinson sur 14 hérédo-syphilitiques. Il a pu constater que dès la fin de la deuxième année de la vie, la radiographie pouvait mettre en évidence l'existence

de dents d'Hutchinson, ce qui peut avoir un intérêt diagnostic considérable en l'absence d'autres signes pathognomoniques. Les autres altérations dentaires n'apparaissent pas par la radiographie.

Ch. Audry.

La syphilimétrie de Vernes avec le photomètre de Zeiss (Etude comparative et critique de ses résultats avec la réaction de Wassermann) (Syphitimetrie nach Vernes mit Hilfe des Zeissschen Stufenphotometers) (Ein Kritischer Vergleich mit den Ergebnissen der Wassermannschen Reaktion), par E. Brill. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LVIII, f. 5-6, juin 1930, p. 336.

B. a examiné 450 sérums par la méthode de Vernes, la réaction originale de Wassermann et la méthode comparative de Spiethoff. Au lieu du photomètre habituel de Vernes, il s'est servi d'un appareil photométrique construit par Zeiss. Voici les conclusions de l'article : 1° la réaction de Vernes est inférieure à la réaction de Wassermann au double point de vue de la précision des résultats et de sa valeur d'indicateur spécifique. Il faut, pour apprécier la réaction de Vernes par rapport aux autres méthodes sérologiques, les comparer à la réaction de Wassermann. Par aucune autre méthode sérologique, on ne constate les déficiences (*Ausfällen*) que l'on rencontre dans la réaction de Vernes.

2° La méthode de Vernes, en tant que « syphilimétrie », n'est pas seulement inférieure à la méthode qui associe l'évaluation de la réaction de Wassermann aux lectures successives et à la méthode des mesures de la « force du Wassermann » (*Wassermannstärke*) ; mais encore elle n'a pas la rigueur ni la valeur que lui attribue son auteur.

L. Chatellier.

Blastomycose cutanée par Monilia Fioccoi avec hémoculture positive. (Blastomycosis artis durch Monilia Fioccoi mit positive Blutkultur), par J. Zoon. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIX, f. 5/6, juin 1930, p. 356, 7 fig.

Z. commence par donner un bon et rapide résumé des données actuellement acquises sur les blastomycoses cutanées, leur clinique, leur pathogénie, leur anatomie pathologique, leur bactériologie, etc. Il donne l'observation d'un homme de 69 ans, présentant sur la joue droite et en quelques points du tronc des placards tuberculo-noueux, dans les bourgeons charnus desquels Z. découvrit des blastomycètes, qu'il obtint en cultures pures, en partant soit des tissus pathologiques, soit du sang. Il obtint aussi une agglutination positive avec le sérum du malade. La maladie était purement cutanée. La forme clinique était papulo-squameuse, sans tendance à l'ulcération ni à la nécrose. La détermination du parasite isolé par la culture indiqua une forme de *monilia* décrite par Fiocco et retrouvée par d'autres auteurs italiens.

Ch. Audry.

Pour la connaissance du dermatofibrosarcome protuberans (Zur Kenntniss des Dermatofibrosarcoma protuberans), par S. B. Beck. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIX, f. 1, juillet 1930, p. 1, 6 fig.

B. rapporte deux observations de fibrosarcomes (une observation personnelle), qui répondent à la description classique : tumeur cutanée mamelonnée, constituée histologiquement d'un feutrage dense de cellules fusiformes disposées en faisceaux plus ou moins réguliers. La richesse cellulaire de ces tumeurs est variable ; la méthode de Bielschofski-Maresch associée au Van Gieson met en évidence un riche réseau de fibrilles conjonctives (*Gitterfasern*). Intégrité des sudoripares, des nerfs, des fibres musculaires lisses et du tissu élastique. Les fibrilles conjonctives sont visibles surtout au centre des tumeurs bien développées. A la périphérie, elles se transforment insensiblement en collagène.

L. Chatellier.

Action de quelques huiles éthérées sur le gonocoque « in vitro » et dans le péritoine de la souris blanche (Ueber die Wirkung einiger ätherischer Öle auf Gonokokken im Reagensglase und im Peritoneum der weissen Maus), par Y. Nitta. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIX, f. 1, juillet 1930, p. 12.

In vitro, un certain nombre d'huiles éthérées se sont montrées très efficaces à des dilutions très étendues : 1/6.000e (huile d'amande amère, de gaïac) ; 1/12.000e, au 1/24.000e et même au 1/48.000e.

Dans le péritoine de la souris blanche, elles sont toutes sans action sur le gonocoque.

L. Chatellier.

Le traitement par Salvarsan-sublimé mélangés (Ueber die Salvarsan-Sublimat Mischspritze), par H. Vohwinkel. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIX, f. 1, juillet 1930, p. 16.

Depuis 10 ans, V. a traité 3.232 syphilitiques et fait 64.640 injections du mélange sublimé-néosalvarsan : chez l'homme, 0,60 As + 0,04 $HgCl^2$ trois fois par semaine, jusqu'à un total de 7 grammes d'As et 0 gr. 44 de sublimé ; chez la femme, 0,30 à 0,45 As + 0,02 à 0,04 de sublimé, jusqu'à un total de 5,25 d'As et 0 gr. 22 à 0 gr. 44 de sublimé. L'auteur a constaté seulement 5 dermites graves.

L. Chatellier.

Balanite scléreuse oblitérante (Stühmer) (Balanitis xerotica obliterans Stühmer), par H. Sprasske. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIX, f. 1, juillet 1930, p. 27, 1 fig.

Stühmer a décrit sous ce nom une balanite sèche, scléreuse et rétractile, développée autour du méat uréthral chez des sujets ayant subi la circoncision. S. en donne une observation prise sur un homme de 37 ans, circoncis 7 ans auparavant pour un phimosis. Un an après la circoncision, début des accidents (rougeur, prurit, etc.). Toute la peau du gland et de la face interne du prépuce est rouge, lisse, squameuse, ferme, semée de plaques blanchâtres. Au microscope : hyperkératose ; inflammation dans le derme, etc. Dans ce cas, et à l'encontre des faits de Stühmer, l'urèthre était à peu près respecté. La distinction d'avec la leucoplasie et le kraurosis du gland n'est pas parfaitement établie.

Ch. Audry.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur l'esthiomène (Kasuisticher Beitrag zur Esthiomene), par F. Weinberger. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, nº 23, 7 juin 1930, p. 761, 3 fig.

A propos d'une femme de 36 ans, atteinte depuis 3 ans d'un esthiomène vulvaire éléphantiasique avec tuméfaction ganglionnaire inguinale sans cicatrice, avec lymphangiectasie, cellules plasmatiques, etc., dans le tissu pathologique, N. conclut que la maladie peut avoir des causes initiales variées pourvu qu'elles agissent sur l'anastomose lymphatique qui a lieu au niveau de ganglions de Gérota. Ces altérations lymphatiques peuvent elles-mêmes être primitives ou secondaires à des lésions cutanées. En d'autres termes, l'étiologie n'est pas univoque.

Ch. Audry.

Sur un vitiligo consécutif à une dermatite par l'acide chromique et entouré d'une zone lichénoïde hypersensible (Ueber nach Chromsäuredermatitis entstandem Vitiligo mit überempfindlicher lichenoider Randzone), par Werther. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, nº 23, 7 juin 1930, p. 766.

Un lithographe de 39 ans eut un eczéma grave des mains et des avant-bras causé par l'acide chromique ; 6 mois après la guérison il présenta sur les deux avant-bras, symétriquement, une plaque de vitiligo, dans la zone cubitale, vitiligo entouré d'une zone lichénoïde, vitiligo bien réel et non consécutif à l'eczéma, ni à une éruption de lichen, etc. Il existe un cas semblable de Jordan (dermatite mercurielle). W. admet qu'il s'agit là d'accidents d'origine nerveuse par intoxication centrale du système nerveux végétatif. Il existe du reste des cas où cette origine nerveuse est évidente, et W. rappelle qu'on a aussi (Kreibich) signalé un certain nombre de cas où les placards vitiligineux étaient entourés d'efflorescences lichénoïdes, comme si la zone périvitiligineuse était particulièrement irritable. Il faut admettre de ces cas (et d'autres) que notre tégument présente des emplacements frappés d'une susceptibilité nerveuse inégale. De pareils faits peuvent aider à expliquer certaines localisations des exanthèmes. Ch. Audry.

Recherches sur la nouvelle réaction de Kahn (Untersunchungen über die neue Schnellreaktion nach Kahn), par H. Boas. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, nº 23, 7 juin 1930, p. 771.

B. a soumis 5.361 sérums à la réaction de Wassermann et à la réaction de Kahn (dernière technique). Sur 3.135 sérums syphilitiques, 49 o/o de réactions de Wassermann positives et 57 o/o de réactions de Kahn positives ; 2 o/o de réactions de Wassermann positives seules, 10 o/o de réactions de Kahn positives seules. Quand la réaction de Wassermann était seule positive, il s'agissait en général de réaction faible. Sur les 2.226 sérums de contrôle, une seule réaction de Kahn positive (femme de 77 ans sans autre signe de syphilis qu'une pupille triangulaire).

En somme, dans 93 o/o des cas concordance des deux réactions et sensibilité supérieure de la réaction de Kahn.

L. Chatellier.

Sur les absences d'hémolyse non spécifiques dans la réaction de Wassermann (Ueber das Vorkommen unspezifischer Hemmungen bei der Wassermannschen Reaktion), par H. Nagell. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, nos 24 et 25, 14 et 21 juin 1930, pp. 795 et 823.

Dans la première partie de cet intéressant travail, N. expose les diverses théories qui s'efforcent d'expliquer la réaction de Wassermann. Il constate leurs oppositions et leurs insuffisances.

Dans la deuxième partie, N. s'attache à l'étude des réactions non spécifiques dans le paludisme. Les opinions sont, à ce sujet, divergentes. Pour les uns, le nombre des réactions non spécifiques est très élevé (de 60 à 90 o/o) ; pour d'autres, il est faible. Ces divergences peuvent s'expliquer par la différence des méthodes, les variations qu'on constate d'un antigène à l'autre. Pour N., les réactions de Wassermann positives sont exceptionnelles dans le paludisme inoculé aigu ; il n'y a aucune différence entre le paludisme autochtone et le paludisme inoculé. Mais il est incontestable que la malaria constitue une cause d'erreur, qu'il convient d'éliminer. Les extraits alcooliques de spirochètes ne donnent pas de meilleurs résultats que les extraits alcooliques d'organes. Parmi les suspensions aqueuses de spirochètes, la suspension de *Sächsischen Serumwerkes* permet très souvent d'obtenir dans le paludisme, des réactions de Wassermann spécifiques. C'est donc une voie nouvelle et sûre pour le diagnostic de la syphilis.

Article utile aux sérologistes par les renseignements qu'il donne et par sa bibliographie.

L. Chatellier.

Sur la signification des troubles trophiques dans la syringomyélie (Zur Beurteilung der trophischen Störungen bei Syringomyelia), par P. Kraft. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, no 25, 21 juin 1930, p. 817, 1 fig.

Les troubles trophiques sont d'observation fréquente dans la syringomyélie. Leur pathogénie est encore obscure, d'autant que le diagnostic avec les troubles trophiques de l'hystérie et la simulation est, au début, très difficile. Ainsi K. a observé à trois reprises différentes un individu qui portait d'abord des escarres cutanées disséminées, puis des ulcérations, enfin des éléments papuleux rouges accompagnés de gonflement. L'examen du système nerveux n'a révélé qu'à la troisième fois des troubles de la sensibilité et de la trophicité qu'on pût rattacher fermement à la syringomyélie.

L. Chatellier.

Le nœvus de l'organe conjonctif (Guttmann) (Ueber Bindegewebsorgan nœvus), par W. Bœhm. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, no 27, 5 juillet 1930, p. 971, 3 fig.

Sous la désignation de nævus de l'organe conjonctif (Guttmann), on peut rassembler les affections qui frappent le tissu conjonctif et ses

dérivés, décrites sous des noms variés : pseudo-xanthome élastique de Darier, nævus élastique de la région mammaire (Levandowsky), élastome de Juliusberg, nævus en pavé de Lipschütz, etc. Ainsi se trouvera simplifiée cette nomenclature assez confuse. L'auteur en décrit un cas observé chez un syphilitique secondaire, en éruption papuleuse.

L. Chatellier.

Chancre simple de la portion vaginale dans un prolapsus utérin (Ulcus molles des Vaginalportion bei Prolapsusuterin), par Weiler. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, nº 27, 5 juillet 1930, p. 979, 1 fig.

Femme de 52 ans, atteinte d'érythème noueux et de chancres simples multiples développés sur la vulve et la portion vaginale d'un col utérin en prolapsus complet.

Ch. Audry.

Sur les récidives de la malaria d'inoculation et leur traitement (Rezidivierende Impfmalaria und deren Behandlung), par C. Speicrer. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 17, 5 juillet 1930, p. 480.

3 méthodes sont recommandées :

1° irradiation totale à la lumière et quinine ultérieure ;

2° radiothérapie de la rate avec ou sans quinisation ultérieure ;

3° traitement combiné par cacodylate de soude, strychnine et quinine.

S. conseille d'associer les 3 méthodes dans les cas de récidives résistants.

Ch. Audry.

Sur une cause rare de vulvo-vaginite infantile (Eine seltene Ursache der Vulvovanitis infantum), par H. Rosmarin. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 27, 5 juillet 1930, p. 983.

Fillette de 6 ans, atteinte de vulvo-vaginite ; l'endoscopie (speculum de l'oreille) vaginale fit voir un brin bifide de pétiole de griotte ou de cerise. Guérison rapide après l'ablation.

Ch. Audry.

Eruptions grippales (Ueber Grippe Ausschlage), par A. Jordan. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, nº 18, 12 juillet 1930, p. 1011.

Exanthèmes lichénoïdes, purpuriques, rougeoleux, urticariens (4 cas). Les brèves observations sont suivies d'une courte revue. On voit, du reste, aussi des éruptions post-grippales (eczéma, furoncles, etc.), tandis que les premières appartiennent au début même de l'infection grippale.

Ch. Audry.

Comment se comporte la réaction à la trichophytine en cas d'eczéma mycosique des mains et des pieds (Ueber das Verhalten der Trichophytinreaktion beim mykosischen Ekzem au Händen und Fussez), par J. Brockema. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, nº 28, 12 juillet 1930, p. 1011.

Sur 31 cas de trichophytie eczématoïde des pieds et des mains, 27 réagirent positivement à la trichophytine et 4 négativement (le plus souvent il s'agissait d'épidermophyton interdigital ou de sa variété

cérébriforme ou gypsiforme). L'allergie n'est donc pas constante, ou du moins pas constatable par la trichophytine.

Ch. Audry.

Hérédité dans les dermatoses. II. Kératodermie palmo-plantaire diffuse héréditaire (Erblichkeit bei Hautkrankheiten. II. Keratosis palmoplantaris diffusa hereditaria), par H. Hecht. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 28, 12 juillet 1930, p. 1022, 4 fig.

Dans une famille israélite, qu'on suit sûrement jusqu'au milieu du xviiie siècle, on rencontre fréquemment une kératodermie palmo-plantaire. Dans les cas bien nets, il y a épaississement des paumes et des plantes, avec amas cornés à la pulpe des doigts. Elle débute pour les formes graves, dans le jeune âge ; pour les formes légères, vers la quarantaine. Au delà de 40 ans, elle n'apparaît jamais. Avant l'apparition de la kératodermie, H. a observé une certaine laxité de l'épiderme des paumes et des plantes, chez les enfants (parakératose). Cette anomalie est un caractère héréditaire presque toujours récessif. Le mariage avec des psoriasiques exagère l'anomalie héréditaire.

L. Chatellier.

Etude du complexe symptomatique angioneurotique provoqué par les injections de salvarsan (Beiträge zu dem nach Salvarsaninjektionen entstandenen angioneurotischen Symptomkomplex), par J. Sellée et K. Pogany. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 28, 12 juillet 1930, p. 1027.

Chez les tabétiques, on rencontre fréquemment, à la suite des injections intraveineuses de salvarsan, une angioneurose douloureuse, qui se traduit par une vive pâleur du visage de la peau. Les malades se plaignent aussi de violentes douleurs dans la région lombaire de la moelle ; ces douleurs s'irradient. Elles sont en relation directe avec les nerfs splanchniques et les réflexes qui en partent.

L. Chatellier.

Sur la provocation par la pilocarpine dans l'uréthrite blennorragique (Ueber die pharmakologische Provokationsprote mit Pilocarpin bei der Gonorroischen Vrethritis), par A. Boss. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, nº 29, 19 juillet 1930, p. 1055.

Perutz a conseillé d'exciter la sécrétion des glandes uréthrales par l'injection intra-uréthrale d'une solution de pilocarpine (excitation des nerfs sécréteurs). On utilise un sel acide de pilocarpine à la concentration de 0,05 p. 200. Le soir, injection, le lendemain matin, examen du produit de sécrétion.

Dans 4 cas où les autres méthodes avaient échoué, B. a eu un excellent résultat, et il croit que la méthode est très recommandable.

Ch. Audry.

Dermatite exfoliante à la suite d'injections d'électrocollargol et de gonargin (Dermatitis exfoliativa im Anschluss an Electro Kollargol-und Gonargin Injektionen), par O. Münsterer. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, nº 29, 19 juillet 1930, p. 1.057.

Une femme de 52 ans, atteinte de rhumatisme blennorragique reçut 11 injections intraveineuses d'électrocollargol, à doses croissantes (de 0 gr. 60 à 5 gr.), après quoi, frisson, fièvre, etc. (+ 40°5). On pratique alors des injections de gonargin (vaccin jusqu'à 50 milliards cubes de germes), qui furent suivies presque aussitôt d'un violent érythème fébrile desquamatif d'ailleurs passager. W. insiste sur l'intérêt de cette dermatite exfoliante, consécutive à l'injection d'électrocollargol (argent colloïdal) comparable à celles qu'on a observées après l'administration d'autres métaux. Il est difficile de bien interpréter l'action respective de l'intoxication électrocolloïdale et celle du vaccin sur l'apparition de l'érythème. Ch. Audry.

Hémorragie cérébrale juvénile d'origine syphilitique (Gehirblutung in juvenilem Alter auf luetischer Grundlage), par S. Strausz. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, nº 29, 19 juillet 1930, p. 1063, 2 fig.

Depuis le cas de Gowers, on connaît le rôle de la syphilis héréditaire dans l'étiologie de l'hémorragie cérébrale des jeunes sujets. S. donne l'observation d'un garçon de 17 ans, mort rapidement avec un syndrome apoplectique. A l'autopsie : hépatite syphilitique interstitielle. Stase rénale. Hémorragie cérébrale, sans altération des vaisseaux sanguins de la base. La mère était syphilitique. Ch. Audry.

Sur le stade initial du pemphigus (Ueber das Initial-stadium des Pemphigus), par R. V. Leszczynsky. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 30, 26 juillet 1930, p. 1083.

Après un bref rappel des théories relatives à l'étiologie infectieuse ou non du pemphigus chronique, L. donne en résumé 5 observations. Il signale l'existence et l'importance d'un accident initial, décrit les formes cliniques qu'il peut offrir, rappelle la possibilité d'un début sur les muqueuses de la bouche, et l'importance considérable qu'il faut peut-être accorder à ce début sur les muqueuses ; le début sur la peau serait plus rare (tête, tronc, etc.). Cet accident initial serait suivi d'une période d'incubation d'une durée très variable : de 3 à 10 mois. Pour le pemphigus végétant, les données recueillies par Frühwald indiqueraient une incubation de quelques semaines seulement.

Toutes ces constatations sont en faveur de la conception qui attribue au pemphigus chronique la signification d'une maladie infectieuse.

Ch. Audry.

Calciumthérapie en dermato-vénéréologie (Zur Kalziumtherapie in der Dermato-Venereologie), par A. Gerwin. *Dermatologische Wochenschrif*, t. XCI, nº 30, 26 juillet 1930, p. 1090.

On a souvent insisté sur l'utilité d'associer le calcium à l'administration du néosalvarsan pour prévenir les parergies provoquées par ce

dernier. On ne sait du reste pas comment le calcium peut agir en cette circonstance, non plus qu'en un certain nombre de cas où on l'a recommandé contre un certain nombre de dermatoses. G. recommande l'adjonction de 10 centimètres cubes de glyconate de calcium au néosalvarsan et au myosalvarsan.

Il dit aussi que l'injection et l'administration *per os* du calcium sous cette forme peut rendre de grands services dans le traitement des formes aiguës de blennorragie annexielle et dans toutes les variétés d'hémorragie utérine. Ch. Audry.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Etude du pigment mélanique de la peau humaine après application de thorium X ; origine et fonctions des cellules dendritiques (Pigment (melanin) studies of the human skin after application of Thorium X ; with special reference to the origin and function of dentritic cells), par Peck. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXI, n° 6, juin 1930, pp. 916 à 956, 8 fig.

P. a pratiqué des examens histologiques de la peau après application de thorium X. Ces applications sont suivies d'un érythème puis d'une pigmentation persistante. D'une façon générale, les modifications histologiques observées après l'action du thorium X sont analogues à celles qui sont produites par les rayons X et qui ont été décrites dans les radiodermites.

La dopa-réaction devient positive avant l'apparition de la pigmentation ; plus la dopa-réaction est intense, plus la pigmentation sera marquée. Le nombre des cellules dendritiques croît parallèlement à l'intensité du processus pigmentaire et non au degré de la pigmentation constituée. Lorsque la dopa-réaction diminue d'intensité, le nombre des cellules dendritiques diminue. Au moment où la production de pigment est la plus active et la dopa-réaction la plus intense, plus de 40 o/o des cellules basales possèdent des prolongements dendritiques. Dans la peau normale, la dopa-réaction se montre positive dans des cellules basales de forme typique ou dans des cellules cubiques possédant de courts prolongements et pouvant être considérées comme des formes de transition. Au fur et à mesure que la dopa-réaction devient plus intense, c'est-à-dire que le processus de pigmentation s'intensifie, le nombre de ces formes de transition augmente. Au moment de la plus forte activité pigmentaire, presque toutes les cellules basales possèdent des prolongements dendritiques. Lorsque la pigmentation est constituée et que la dopa-réaction diminue, les cellules basales reprennent progressivement leur forme habituelle.

L'interprétation la plus simple de ces faits consiste à admettre que les cellules dendritiques ne sont qu'une phase fonctionnelle des cellules basales. S. Fernet.

Lésion profonde de la peau due au Trichophyton purpureum de Bang (Trichophyton purpureum (Bang) as a deep invader of the skin), par Harris et Lewis. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXII, n° 1, juillet 1930, p. 1. 5 fig.

Description d'une lésion nodulaire, suppurée, profondément infiltrée du cou dans laquelle les examens microscopiques et culturaux ont montré la présence du *Trichophyton purpureum* de Bang, responsable, habituellement, de lésions exclusivement superficielles de la peau.

S. Fernet.

Epidermophytie des pieds et épidermophytides des mains (Epidermophytosis of the feet and epidermophytids of the hands), par Peck. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXII, n° 1, juillet 1930, p. 40, 12 fig.

P. a observé 23 cas d'épidermophytie des pieds accompagnée de lésions dysidrosiformes ou squameuses des mains. Alors que la présence du parasite dans les lésions des pieds était révélée par les examens directs ou par les cultures, il était impossible de découvrir un parasite quelconque dans les lésions des mains. La guérison des lésions des pieds était toujours suivie de guérison spontanée de celles des mains. Dans l'un des cas étudiés, une culture du sang y révéla la présence d'un Epidermophyton.

En raison de cette constatation et de l'existence d'un état allergique chez tous ces malades (trichophytine), P. admet que les lésions des mains doivent être interprétées comme des épidermophytides dues au transport des parasites par voie sanguine. S. Fernet.

L'emploi de l'extrait hypophysaire dans le zona (The use of solution of pituitary in herpes zoster), par Sidlick *Archives of Dermatology and Syphilology*. vol. XXII, n° 1, juillet 1930, p. 91.

S. signale l'action calmante de l'extrait d'hypophyse sur les douleurs du zona. Plus de 40 malades ont été ainsi guéris ou notablement améliorés. Les doses employées varient suivant l'intensité des phénomènes douloureux ; une injection suffit dans certains cas, dans d'autres, il est nécessaire d'en pratiquer 2 ou 3 à 24 ou 48 heures d'intervalle. La grossesse constitue la seule contre-indication à ce traitement ; les hypertendus et les vieillards le supportent très bien.

S. Fernet.

The Urologic and Cutaneous Review (Saint-Louis).

Les accidents des composés arsenicaux employés pour le traitement de la syphilis dans la marine des Etats-Unis (Toxic effects of arsenical compounds employed in the treatment of syphilis in the United States Navy), par Phelips et Wasgburn. *The Urologic and Cutaneous Review*, vol. XXXIV, n° 7, juillet 1930, p. 458.

Statistique établie d'après les rapports des médecins de la marine des États-Unis, astreints, depuis 1924, à déclarer, tous les mois, le nombre

des injections arsenicales qu'ils ont pratiquées et les accidents qui ont pu être observés.

On relève dans ce travail : 17 cas de mort sur 272.354 injections, soit un cas de mort sur 14.844 injections de néoarsphénamine, un cas de mort sur 22.625 injections d'arsphénamine, pas d'accident mortel imputable à la sulpharsphénamine ou à la tryparsamide.

Pour la plupart, les morts étaient dues à l'encéphalite hémorragique aiguë, quelques cas étaient consécutifs à des érythrodermies exfoliantes graves.

L'exposé des autres accidents de la médication arsenicale révèle la toxicité accrue des ampoules de néoarsphénamine datant de plus de 2 ans et ayant séjourné dans les régions tropicales.

S. Fernet.

Proceeding of the Royal Society of Medicine (Londres).

Discussion sur la valeur thérapeutique des composés d'or : sanocrysine. krysolgan, etc. (Discussion on the therapeutic value of gold compounds : sanocrysin, krysolgan, etc.). *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. XXIII, no 1, juillet 1930, p. 1383.

L'expérience du Prof. Cummins se limite à la Sanocrysine qu'il a employée dans le traitement de la tuberculose viscérale. Ce produit, qui est toléré par les sujets sains dans les limites de ses propriétés pharmacologiques, occasionne chez les tuberculeux des réactions analogues à celles de la tuberculine ; c'est donc un produit doué d'une action spécifique sur la tuberculose. Il n'a, cependant, aucune action bactéricide *in vitro* : on peut inoculer la tuberculose à des animaux à qui on injecte simultanément la Sanocrysine. La Sanocrysine agit donc indirectement par stimulation des foyers tuberculeux ; on constate chez l'animal l'hyperémie des lésions tuberculeuses après l'emploi des sels d'or. On ne peut donc compter sur l'efficacité des sels d'or que sur des organismes qui ont déjà acquis une certaine résistance contre la tuberculose, qui peuvent faire les frais de fortes réactions focales et qui sont capables d'exploiter ces réactions dans un sens favorable. Chez de tels sujets l'expérience de C. a été favorable : les améliorations ont été à peu près constantes.

Roxburgh et Corsi ont employé le Krysolgan et la Sanocrysine dans 35 cas de lupus érythémateux fixe et dans diverses tuberculides. Ils notent, pour le lupus, 8 guérisons suivies de récidives, 6 améliorations passagères, 9 définitives, 2 améliorations légères, 5 cas inchangés, 5 aggravations. La proportion des succès est la même chez les tuberculeux avérés et chez les sujets paraissant indemnes de tuberculose viscérale.

Marshall signale les résultats désastreux qui peuvent suivre l'emploi de la Sanocrysine au cours des tuberculoses viscérales jeunes.

Barber et Wigley ont observé de nombreuses guérisons et des amé-

liorations de lupus érythémateux avec la Sanocrysine, le Solganal, le Krysolgan ; les récidives, cependant, ont été fréquentes. La Sanocrysine occasionne les plus fortes réactions.

Mac Cormac a traité des lupus vulgaires par les sels d'or avec peu de succès.

Goldsmith a employé le Krysolgan, le Triphal, l'Aurophos et le Lopion ; il a abandonné la Sanocrysine à cause de sa nocivité pour les reins. Avec des doses faibles progressives de Triphal (0,001 à 0,025 gr.) il a eu de nombreuses guérisons de lupus érythémateux. Les récidives cèdent facilement à de nouvelles séries d'injections.

S. Fernet.

A Folha Medica (Buenos-Ayres).

Eruptions sudorales (Erupçoes sudoraes), par A. Ferreira da Rosa. *A Folha Medica*, 25 juin 1930, p. 205.

L'affection étant surtout tropicale est insuffisamment décrite dans les ouvrages de Dermatologie publiés en Europe. Des vocables très différents servent à la désigner : on l'appelle eczéma calorique, impétigo miliaire, lichen tropical. C'est le « prickly heat » des Anglais, la « bourbouille » des Français, le « Roter Hund » des Allemands.

L'éruption débute d'une manière identique dans tous les cas, mais se modifie par la suite de manière à réaliser diverses formes. L'auteur en individualise quatre principales :

1° La forme commune ou papulo-vésiculeuse miliaire ;

2° La forme impétiginée, papulo-pustuleuse ou pustulo-croûteuse miliaire ;

3° La forme eczématisée, exsudative ou humide ;

4° L'éruption sudorale herpétiforme.

Ces diverses variétés peuvent d'ailleurs se combiner pour donner lieu à des types mixtes.

Les bains froids répétés, suivis d'application de pâtes inertes ont facilement raison de la première forme. Pour le traitement des autres, il convient d'ajouter à la balnéothérapie diverses médications externes. La seconde et la quatrième sont justiciables de préparations astringentes, de solutions de sulfate de zinc, d'eau d'Alibour ou de nitrate d'argent. Pour la troisième est plus spécialement indiquée la pâte à l'eau additionnée de substances astringentes.

L'exagération des phénomènes sudoraux se combat par un traitement interne, en particulier par la belladone et ses dérivés.

J. Margarot.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Recherches expérimentales sur le métabolisme de l'eau dans la peau au moyen de l'œdème provoqué (Experimentelle Untersuchungen über den Wasser haushalt der Haut mittels der Quaddelsprobe), par D. Adlersberg

et A. Perutz. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 43e année, no 28, 10 juillet 1930, p. 868.

Pour étudier le métabolisme de l'eau (œdème et résorption) dans la peau, les auteurs injectent dans le derme de l'eau physiologique et en observent la résorption chez l'animal soumis à des régimes ou à des actions médicamenteuses diverses.

Chez les animaux recevant une nourriture riche en NaCl, la résorption de la boule d'œdème provoquée est accélérée ; chez les animaux dont l'alimentation est pauvre en sel, elle est ralentie. Chez les premiers, on constate par l'histochimie une augmentation de 12 o/o de la teneur de la peau en sel ; chez les seconds, une diminution de 36 o/o. Il n'y a pas de modification de la résorption quand on modifie l'équilibre acide-base. Les vaso-dilatateurs (xylol) accélèrent la résorption ; les vaso-constricteurs (chlorure d'éthyle) la retardent. Chez l'animal soumis aux vapeurs de nitrite d'amyle, on constate une résorption accélérée sur la tête et le tronc ; une résorption normale dans la région lombaire. Par la théophylline, isomère de la théobromine, résorption accélérée, qui relève d'une action vaso-dilatatrice de ce corps. La pituitrine, malgré son pouvoir vaso-constricteur, détermine une accélération, inconstante d'ailleurs, de la résorption ; cette anomalie s'explique par l'intervention d'un facteur tissulaire, la teneur de la peau en sel. Chez l'homme, même action de la pituitrine et du nitrite d'amyle. Chez un malade atteint de diabète insipide et en période de soif, la résorption est très rapide, presque immédiate. Dans la maladie de Basedow, résorption accélérée, que l'ergotamine ramène à la normale. Chez l'homme et chez l'animal, les auteurs ont associé le nitrite d'amyle, la théophylline et la pituitrine. Quand deux substances accélérantes (pituitrine et nitrite) sont associées, leur action se contrarie. Il intervient un régulateur nerveux central. Du reste, ce facteur est mis en évidence par l'intervention des hypnotiques. Les hypnotiques qui agissent sur l'écorce ne modifient pas l'action de la pituitrine. Les hypnotiques qui agissent sur les centres sous-corticaux (chlorétone) même à doses faibles suppriment l'action de la pituitrine.

L. Chatellier.

Kystè épidermique ossifié d'origine traumatique occupant la pointe de la langue. (Eine Verknocherte. traumatische Epithelziste der Zungenspitze), par J. Pollack. *Wiener Klinische Wochenschrift*, no 24, 12 juin 1930, p. 753, 13 fig.

Un homme de 66 ans a remarqué 10 semaines avant son entrée à l'hôpital l'existence d'une petite tumeur vésiculeuse du bout de la langue dont elle gêne la fonction, et à surface érodée. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un petit kyste épidermique contenant des travées osseuses, de l'épithélium calcifié, des cellules géantes à corps étrangers, etc. : le tout semblable à ce qui a été décrit dans les athéromes cutanés calcifiés. Pas de renseignements précis sur l'étiologie.

Ch. Audry.

Recherches expérimentales sur la syphilis du rein (Experimenteller Beitrag zur Nierensyphilis), par M. Friedmann. *Wiener Klinische Wochenschrift*, n° 29, 10 juillet 1930, p. 909.

Brève relation d'une série d'inoculations faites dans le rein du lapin avec une émulsion de testicule de lapin infecté par une souche Truffi. F. n'a jamais pu réaliser une localisation spirochétique sur le rein, tandis qu'au contraire, il arrivait à déterminer une infection « muette ».

Ch. Audry.

Jornal dos Clinicos (Rio de Janeiro).

Erysipèle. Son traitement et sa guérison (Erysipela, seu tratamiento e sua cura), par Ervin Wolffenbuettel. *Jornal dos Clinicos*, 11e année, n° 11, 15 juin 1930, p. 166.

L'érysipèle peut être le point de départ d'un éléphantiasis du membre inférieur, des paupières, des narines ou des lèvres. Localisé au cuir chevelu, il peut se compliquer de méningite. Siégeant sur d'autres régions (paupières, organes génitaux) il devient parfois gangréneux.

Le traitement spécifique (par les sérums) ne donnant pas de résultats certains, il importe de posséder une thérapeutique efficace et rapide. A ce point de vue la photothérapie est nettement indiquée. Elle permet d'obtenir des guérisons définitives. Ses heureux effets sont particulièrement démontrés par l'arrêt souvent immédiat des streptodermies migratrices ou récidivantes.

J. Margarot.

Suggestions sur le traitement du cancer. Ionisation électrique par le plomb (Suggestoes sobre e tratamento do cancer. Ionização electrica pelo chumbo), par Ervin Wolffenbuettel. *Jornal dos Clinicos*, 11e année, n° 12, 30 juin 1930, p. 186.

Le plomb a été employé contre le cancer sous la forme colloïdale en injections intraveineuses. Ce procédé a donné lieu à de graves intoxications générales. L'ionothérapie électrique avec l'acétate de plomb présente, au moins théoriquement, l'avantage d'une grande valeur thérapeutique et d'une innocuité certaine.

Les essais méritent d'être poursuivis.

J. Margarot.

Bolelin da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Sao Paulo.

Névrites lépreuses (Nevrites leprosas), par Adherbal Tolosa. *Boletin da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, vol. XIII, n° 11, janvier 1930, p. 493.

L'auteur traite des névrites lépreuses en neurologiste.

Certaines formes nerveuses initiales peuvent passer inaperçues. Il les étudie sous leur double aspect clinique et anatomo-pathologique. Ses observations, au nombre de 5, se rapportent à des névrites rarement signalées au cours de la lèpre. Parmi elles se trouve un cas de névrite du nerf laryngé inférieur, branche du pneumo-gastrique. Il

pense être le premier à appeler l'attention sur la possibilité de cette étiologie spéciale de paralysies souvent observées par les spécialistes des maladies de la gorge, mais dans le tabès dorsal.

J. Margarot.

Eléphantiasis de la vulve (Elephantiase da vulva), par Gentil Marcondes de Moura. *Boletin da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, vol. XIII, n° 12, février 1930, p. 499, 4 fig.

Depuis 3 ans, sans cause apparente, s'est développée chez une femme de bonne santé apparente une grosse tumeur bilobée des organes génitaux externes, suspendue par un large pédicule et masquant toute la région ano-vulvaire. Elle est formée aux dépens des deux grandes lèvres. Le lobe gauche a le volume d'une tête d'adulte. La superficie de la tumeur est irrégulière et couverte d'élévations mamillaires disséminées. Une grande partie de la région périnéale est apigmentaire.

La réaction de Wassermann est négative ainsi que l'intradermo-réaction de Mantoux.

La malade a dû subir dernièrement l'extirpation d'un fécalome ; le toucher rectal est impossible par suite d'un rétrécissement prononcé de l'orifice anal.

On trouve une pléiade inguinale ganglionnaire. Les ganglions sus-épitrochléens sont volumineux ; il existe en outre de la sternalgie et de la tibialgie.

La tumeur est enlevée chirurgicalement. L'examen pathologique montre qu'il s'agit d'une inflammation chronique avec œdème et fibrose.

L'auteur expose les principales théories qui ont été émises pour expliquer l'éléphantiasis vulvaire (infection streptococcique, lésions ganglionnaires, traumatismes, infection gonococcique, syphilis, etc.). Dans le cas actuel, l'existence de cette dernière infection est probable. L'inflammation et l'oblitération lymphatique paraissent avoir constitué le mécanisme de production de l'œdème et de la fibrose.

L'auteur note à côté de l'ectasie lymphatique une ectasie veineuse importante, très marquée au niveau du pédicule, qui saigne abondamment au moment de l'opération. Elle diminue progressivement jusqu'au centre de la tumeur qui est complètement privé de vaisseaux.

J. Margarot.

Quelques considérations sur les vulvo-vaginites infantiles (Algumas consideracoes sobre as vulvo-vaginites infantis), par Fleury Silveira. *Boletin da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, vol. XIV, n° 1, mars 1930, p. 36.

L'étude de l'auteur est basée sur 239 cas.

Chez les enfants de moins d'un an, on ne trouve qu'un très petit nombre de vulvo-vaginites, mais il est intéressant de relater qu'elles sont toutes dues au gonocoque. Aux âges suivants ce germe est moins souvent rencontré. Le pourcentage est de 100 o/o de 0 à 1 an, de

93,7 o/o de 1 à 2 ans, de 78,4 o/o de 2 à 4 ans, de 75,4 o/o de 5 à 8 ans, de 55,5 o/o de 8 à 10 ans et de 66,03 o/o de 10 à 15 ans.

J. MARGAROT.

São Paulo Medico.

Un cas de blastomycose conjonctivale (Un caso de blastomycosis conjunctival), par FABIO BELFORT. *São Paulo Medico*, 2e année, no 6, avril 1930, p. 777, 1 fig.

Le cas publié par l'auteur est des plus rares. Les lésions consistent essentiellement en une sécrétion purulente de la conjonctivite palpébrale avec de petits nodules irréguliers, des taches rouges alternant avec des surfaces blanchâtres et des ulcérations, mettant parfois le tarse à nu.

On trouve au niveau de la région auriculaire gauche une infiltration dure, de forme irrégulière, rappelant la peau d'orange.

Des examens microscopiques effectués avec un matériel prélevé par un curetage de la conjonctive et par une biopsie de la lésion auriculaire, mettent en évidence des corpuscules réfringents, répondant à des blastomycètes.

Le travail est suivi d'une importante bibliographie.

J. MARGAROT.

Lèpre consécutive à une dermite post-salvarsanique (Lepra post dermite salvarsanica), par J. M. GOMES. *São Paulo Medico*, 3e année, vol. I, juin 1930, no 2, p. 95.

Un malade, ayant des lépreux dans sa famille, mais considéré après examen comme non contaminé présente un eczéma professionnel des mains. Un médecin non spécialisé porte le diagnostic de syphilis et institue un traitement par le 914. Après la 7e injection, de graves phénomènes toxiques apparaissent, mettant en danger la vie du sujet. La peau se couvre d'éruptions érythémateuses et urticariennes avec bientôt des pustulettes d'infection secondaire.

Presque aussitôt un syndrome dysentérique se déclenche. On trouve dans les matières l'*amœba hystolytica.*

Le malade est traité, soumis à une bonne hygiène, mais on remarque un changement de caractère des placards érythémateux. La forme des éléments fait penser à la lèpre. Les examens de laboratoire confirment ce dernier diagnostic.

J. MARGAROT.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

L'or et le bismuth dans le lupus érythémateux (Oro y bismuto en el lupus eritematoso), par E. ALVAREZ SAINZ DE AJA et JUAN ONTANSON. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, no 5, février 1930, p. 355.

Uniquement traité par les sels d'or, le lupus érythémateux guérit

dans la proportion de 50 o/o des cas, tandis que le bismuth, employé seul d'emblée, ne fait qu'améliorer les lésions. Mais si l'on institue un traitement bismuthique chez des malades qui n'ont retiré aucun bénéfice de la médication aurique ou qui ont été peu modifiés, la guérison peut être obtenue. Il y a par suite avantage à instituer un traitement de fond avec l'or et à recourir ensuite au bismuth, si c'est nécessaire. Pratiquement, il convient de faire des séries alternées plutôt que des séries intriquées.

Les auteurs utilisent diverses préparations à base de cyanure d'or et de potassium (injections intraveineuses de 5 à 50 centigrammes tous les 5 à 6 jours pour un total de 5 grammes du produit par série) et les iodo-bismuthates de quinine.

Dans les formes aiguës, mais peu profondes, peu infiltrées, le traitement général suffit le plus souvent. Dans les cas subaigus, les auteurs y associent un traitement local par des topiques doux (alcool iodo-salicylé à 1 ou 2 o/o).

Les formes chroniques fixes et anciennes, parcheminées et crétacées sont celles qui résistent le plus au traitement général et rendent nécessaires des applications de neige carbonique. Celles-ci ne doivent pas avoir pour but la destruction de la lésion, mais une simple réaction inflammatoire, qui facilite l'action du traitement général, en donnant un caractère subaigu à la vieille surface lupique.

Le lupus érythémateux des muqueuses bénéficie souvent davantage que celui de la peau de la médication aurique ou auro-bismuthique.

Les formes disséminées, avec des plaques petites et nombreuses, guérissent de même plus vite et plus facilement que les lupus formés d'un seul placard, surtout lorsque le placard siège sur une zone peu vascularisée.

Enfin, ce traitement donne d'excellents résultats dans les lésions des territoires frontières des muqueuses et de la peau, en particulier dans celles des lèvres, si rebelles au traitement local.

J. Margarot.

Contribution à l'étude de la réaction d'éclaircissement de Meinicke dans le séro-diagnostic de la syphilis (Contribucion al estudio de la reaccion de aclaramiento de Meinicke para el serodiagnostico de la sifilis), par Carlos E. Tobon Zaluaga. *Actas Dermo-Sifiliographicas*, 22e année, no 4, janvier 1930, p. 290 et no 5, février 1930, p. 391.

Important travail basé sur de nombreuses déterminations et dont les conclusions sont les suivantes :

1° Chez 362 malades, avec la dernière technique indiquée par l'auteur, la réaction d'éclaircissement de Meinicke (M. K. R.) s'est montrée la plus sensible, accusant 11,03 o/o de plus de cas positifs que les autres réactions.

2° Avec les sérums de sujets non syphilitiques, la M. K. R. s'est montrée également des plus spécifiques : la M. K. R. donne seule-

ment 2,8 o/o de faux résultats positifs. Ce nombre peut certainement être réduit par une meilleure adaptation à la technique.

3° La réaction d'éclaircissement (M. K. R.) réunit les quatre conditions fondamentales de toute épreuve sérologique : sensibilité, spécificité, simplicité de la technique et facilité de la lecture des résultats. Elle mérite d'entrer dans la pratique courante.

4° Étant donnés les résultats discordants des différentes réactions, l'auteur propose que dans toute investigation sérologique relative à la syphilis, on fasse plusieurs épreuves : le Wassermann, la réaction d'opacification de Meinicke (M. T. R.), la réaction de Kahn et la réaction d'éclaircissement de Meinicke (M. K. R.).

5° La lecture des réactions doit se faire à la dixième et à la vingtième heures pour que l'on puisse mieux noter le degré de positivité (forte, moyenne ou faible). Un résultat clairement positif présente indubitablement une plus grande intensité s'il est lisible après 10 heures que s'il l'est seulement après 20 heures.

6° Sur les 114 analyses faites avec les réactions de floculation, la M. K. R. accuse 3,90 o/o de résultats positifs de plus que les autres réactions. Elle n'a jamais donné de résultats positifs en dehors de la syphilis. J. MARGAROT.

Eléphantiasis et ulcérations chroniques vulvaires (Elefantiasis y ulceraciones cronicas vulvares), par EDUARDO de GREGORIO. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, n° 5, février 1930, p 364, 8 fig.

L'étiologie des syndromes ulcéro-hypertrophiques de la vulve est encore très discutée.

De nombreux facteurs paraissent intervenir : ce sont des infections comme la syphilis et la tuberculose, des troubles de la circulation lymphatique, des agents d'infection secondaire comme le streptocoque, le staphylocoque, certains spirilles.

D'autre part, l'éléphantiasis de la vulve n'existe pas toujours isolément. Il peut accompagner divers états hypertrophiques anaux, inguinaux ou encore un rétrécissement rectal.

Après une étude historique des principaux faits et des diverses théories qu'ils ont servi à étayer, E. de G. apporte six observations personnelles :

Dans deux cas, l'hypertrophie occupe toute la région vulvaire ; dans deux autres, elle est localisée à une grande lèvre ; dans les deux dernières, il existe seulement des ulcérations vulvaires sans éléphantiasis.

Ce sont des processus déjà anciens. Il semble que leur production ait exigé certaines conditions réunies ou associées.

La syphilis est à peu près certaine chez toutes les malades, mais la sérologie est négative et le traitement spécifique sans effet sur les lésions.

Dans les deux premiers cas, qui, par leur allure clinique et par leur évolution justifiaient la recherche du bacille de Koch, ce germe n'a pu être mis en évidence.

On n'a pu davantage démontrer le rôle du bacille de Ducrey par des auto-inoculations sur le bras. Mais des intradermo-réactions pratiquées avec le vaccin antistreptobacillaire sont positives.

Des intradermo-réactions avec un vaccin gonococcique polyvalent et avec un vaccin staphylo-streptococcique sont également très positives.

Dans les quatre cas où l'ulcération vulvaire était accompagnée d'éléphantiasis, il existait des antécédents de suppuration ganglionnaire et on constatait, au moment de l'examen, des adénopathies et de gros cordons lymphatiques dans la région inguinale, certainement responsables de l'éléphantiasis.

Dans les deux cas où il existait des ulcérations sans éléphantiasis, il n'y avait pas d'hypertrophie ganglionnaire. Dans l'un d'eux cependant, on a noté de gros troncs lymphatiques, en même temps que se constituait un œdème de la lèvre, prélude de l'éléphantiasis.

Malgré l'absence d'ulcérations dans les premiers cas, il y a eu probablement une légère perte de substance qui a servi de porte d'entrée à des germes capables de produire une lymphangite atténuée et consécutivement une ectasie lymphatique.

D'une manière générale dans les syndromes de ce genre, le rôle de la syphilis n'est pas douteux. Elle peut par elle-même produire des altérations lymphatiques susceptibles d'entraîner un syndrome ulcéreux éléphantiasique. Le plus souvent, elle favorise l'action pathogène des infections chroniques telles que le chancre mou, la lymphogranulomatose, les streptostaphylococcies qui lentement et progressivement arrivent à produire l'ectasie lymphatique.

J. Margarot.

Syphilis tertiaire zoniforme (Sifilis terciara zoniforme), par J. Fernandez de la Portilla. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, n° 5, février 1930, p. 381, 4 fig.

Un malade présente sur l'hémithorax droit de petits éléments formant des groupements disposés sous forme d'une large bande allant de la ligne médiane postérieure à la ligne médiane antérieure. La reproduction est parfaite aussi bien des bouquets éruptifs que de la topographie générale d'un zona. Deux groupements analogues existent sur le bras et sur l'avant-bras. Par leur couleur, leur infiltration, leur morphologie, leur évolution, la pigmentation de ceux qui sont cicatrisés, les éléments apparaissent comme des syphilides tertiaires papulo-érosives et papuleuses. Il existe en outre sur le membre inférieur gauche une gomme ulcérée.

L'auteur souligne l'intérêt que présente le caractère individuel de lésions aussi nombreuses. Le fait est peu conforme à la morphologie habituelle du tertiarisme. Il démontre que dans des périodes très éloignées du commencement de l'infection peuvent apparaître des éléments qui sont bien tertiaires, alors que par leur forme ils appartiendraient plutôt à la période secondaire. L'aspect des lésions de la syphilis n'est

donc pas une donnée dont il faille tenir compte dans le classement de ces lésions par rapport à la période évolutive à laquelle elles appartiennent.

Le sujet très loquace et très optimiste présente des puérilités de langage qui font soupçonner une paralysie générale au début. Cette dernière notion (que n'a cependant permis de confirmer aucun signe nerveux somatique) serait, avec les manifestations cutanées développées sur le trajet des rameaux intercostaux, nettement en faveur d'une hypothèse déjà formulée par l'auteur relativement à l'évolution de la syphilis : elle ne comporterait que trois périodes. La période dite quaternaire répondrait à une localisation représentant, dans le système nerveux, la localisation viscérale ou cutanée des autres formes de tertiarisme. J. Margarot.

Epithélioma provoqué par les rayons X sur un lupus érythémateux (Epitelioma por Rayos X sobre lupus eritematose), par Hombria et Soto. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, no 5, février 1930, p. 387, 1 fig.

Épithélioma développé sur un lupus érythémateux à la suite de l'application de 25 H sans filtre, en une seule séance.

A cette occasion, l'auteur souscrit entièrement à l'opinion de Belot d'après laquelle la radiothérapie ne donne pas mieux que les autres méthodes dans le traitement du lupus érythémateux. Elle est d'autre part dangereuse. Considérant comme pré-épithéliomateuses toutes les cicatrices, ainsi que les modifications produites sur la peau par les rayons X, on doit repousser le traitement rœntgénien de toutes les affections qui, comme le lupus érythémateux, ne guérissent qu'au prix d'une cicatrice. J. Margarot.

La syphilis dans la prostitution réglementée de Saragosse (La sifilis en la prostitucion matriculada de Saragoza), par Eduardo de Gregorio. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, no 5, février 1930, p. 412, 4 fig.

L'auteur apporte une statistique portant sur 278 cas.

La majorité des femmes enregistrées avaient au moment de l'enquête 6 à 20 ans d'existence génitale. Pour la plupart, l'inscription remontait à 10 ou 15 ans. 50 femmes, se livrant à la prostitution depuis 10 ans, n'avaient jamais été soumises à une réaction de Wassermann. Plusieurs de ces dernières ont eu une sérologie fortement positive et parmi elles aucune n'avait été antérieurement traitée.

Ces statistiques et les graphiques qui les accompagnent montrent l'heureuse réforme intervenue depuis l'institution d'une thérapeutique correcte. J. Margarot.

La malariathérapie dans les processus non syphilitiques (La paludizacion en processus no sifiliticos), par E. A. Sainz de Aja. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 32e année, no 5, février 1930, p. 417.

Les résultats ont été nuls dans une pseudo-paralysie générale alcoo-

lique. Deux malades, atteints l'un de rhino-sclérome, l'autre de leishmaniose ont présenté une évidente amélioration mais n'ont pas guéri.

J. Margarot.

Acridinothérapie de la blennorragie (Acridinoterapia de blenorragia), par Eduardo de Gregorio. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, no 6, mars 1930, p. 441, 4 fig.

Après un rapide historique l'auteur expose la technique qu'il a suivie. Il s'est servi d'une solution à 2 o/o stérilisée à l'autoclave dans des flacons de coloration topaze. Comme mordant, il a utilisé l'alun de chrome à 5 o/o dont il mélangeait 2 centimètres cubes avec 5 centimètres cubes de la solution acridinique au moment de l'injection. Dans quelques cas, il a employé le bleu de méthylène et la pyridine.

Il passe en revue les accidents qui peuvent se produire et il étudie successivement la sensation initiale de chaleur à la gorge, la congestion de la face, les phénomènes de choc, l'état nauséeux, la sialorrhée et la crise nitritoïde, les érythèmes actiniques du visage, du cou et des mains, les éruptions diverses, signalées par Jausion et Marceron et dont il apporte quelques exemples ainsi que le syndrome observé par Milian (apparition sur la partie antérieure du bras injecté de taches jaunes, légèrement élevées, de dimensions variées, absolument indolentes et s'accompagnant d'un léger œdème du membre).

Les résultats obtenus par les divers auteurs et par E. de G. sont des plus discordants. Il a cependant traité un nombre suffisant de malades pour porter un jugement sur la valeur exacte de l'acridinothérapie. Elle a été instituée chez 183 malades, mais ses effets n'ont été étudiés que sur 153 d'entre eux.

Sur ces 153 malades, 70 furent uniquement soumis à des injections intraveineuses sans traitement local. L'écoulement uréthral s'est tari chez 41 d'entre eux. 65 ont été soumis au traitement local en même temps qu'au traitement endoveineux. Chez 38 d'entre eux, l'écoulement s'est arrêté. On compte dans le premier groupe 16 cas d'intolérance et 11 dans le second.

Parmi les malades qui s'étaient crus guéris, 22 sont revenus au bout d'un temps plus ou moins long avec un nouvel exsudat uréthral. Chez la plupart, la suppuration s'était modifiée rapidement mais le nombre d'injections n'avait pas été suffisant pour une guérison complète.

L'auteur vérifie l'affirmation de Jausion : le traitement acridinique évite les associations microbiennes, constantes chez un malade soumis à un traitement local depuis quelque temps. Le gonocoque a toujours été trouvé à l'état de pureté.

Il s'occupe ensuite du traitement des complications. Il a soigné 18 épidydimites, une prostatite, une cystite et 2 téno-synovites. La cystite a été rapidement améliorée ; la prostatite a donné de moins bons résultats : une épidydimite est apparue après la troisième injec-

tion ; elle s'est rapidement améliorée avec l'injection suivante et tout est rentré dans l'ordre avec un total de 10 injections.

Dans 4 des épidydimites traitées, la douleur a disparu après la première injection et, dans 4 autres, après la deuxième.

Pour les 10 dernières, un plus grand nombre d'injections ont été nécessaires (5 à 8). Dans un cas il en a été fait 11 sans le moindre résultat.

Les deux téno-synovites ont été guéries l'une après 3, l'autre après 5 injections.

Les résultats favorables ne doivent pas faire oublier les nombreux échecs. Dans certains cas, plus de 30 injections ont été faites, donnant lieu à des phénomènes d'intolérance sans modifier la suppuration. On peut admettre une proportion approximative de 60 o/o de guérisons.

L'auteur conclut à la valeur indéniable de l'acridinothérapie dans la thérapeutique antiblennorragique. Ses avantages sur les autres méthodes sont réels, bien que peut-être exagérés, mais on doit tenir compte de ses inconvénients et leur prêter la plus grande attention.

J. Margarot.

Impétigo fébrile dû à un staphylocoque hémolytique (Cas clinique) (Impetigo febril por estafilococo hemolitico) (Caso clinico), par E. A. Sainz de Aja. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, no 5, mars 1930, p. 464.

Un impétigo vulgaire de la barbe s'accompagne d'une réaction ganglionnaire et d'une élévation thermique oscillant entre 40° et 41°. Les cultures démontrent l'existence d'un staphylocoque hémolytique. La fièvre dure 2 jours et donne lieu à une seconde poussée quelques jours plus tard.

L'impétigo continue son évolution normale comme un impétigo pur, sans la moindre invasion folliculaire, sans érythème, sans trace de lymphangite, sans adénite véritable, avec un simple endolorissement ganglionnaire.

J. Margarot.

Un cas de prurigo. Traitement par l'irradiation de la rate (Prurigo. Un caso tratado por radiacion de bazo), par R. Hombria. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, no 6, mars 1930, p. 465.

Un prurigo intense avec eczématisation, lichénification et pyodermite alopéciante simulant le favus, est traité par des irradiations de la rate (5 H, dureté : 5 à 6 de l'échelle de Benoist, avec 5 mm. d'Al). Le prurit disparaît complètement 48 heures après la première séance ; une seconde séance a lieu une semaine après ; la guérison est définitive au bout d'un mois.

C'est la notion suivante qui a amené les auteurs à employer cette méthode thérapeutique : on a observé depuis longtemps que les individus atteints d'eczéma présentent une éosinophilie marquée, ce qui, d'après Mayr et Moncorps, de la clinique de Zumbusch, permettrait de rattacher cette dermatose à une insuffisance splénique. Le mécanisme serait le suivant : la rate déverse dans le sang une enzyme qui

transforme la protrypsine du pancréas en trypsine. Celle-ci est chargée de digérer les toxi-albumines absorbées par l'intestin. Logiquement, par suite, si un déficit fonctionnel de la rate fait que la protrypsine ne se transforme pas en trypsine, les albumines absorbées peuvent déterminer des lésions cutanées.

Il est possible aussi que de petites doses de rayons X provoquant une destruction globulaire, les substances libérées agissent à la manière d'une protéine étrangère. Quelle qu'en soit l'explication, la rapide guérison de l'eczéma qui accompagnait le prurigo ne peut être rapportée qu'à l'irradiation de la rate, et non à la disparition de sa cause productrice, si l'on en juge par la lenteur évolutive des eczématisations consécutives à d'autres processus. J. Margarot.

Epidermomycose interdigitale due à des levures (Epidermomicosis interdigital por levaduras), par Eduardo de Gregorio. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, no 6, mars 1930, p. 467, 1 fig.

Dans un précédent mémoire, relatif aux épidermomycoses interdigitales, E. de G. concluait que, sans nier la réalité des lésions dues à des levures dans cette région, il n'avait pu établir leur existence chez aucun des malades étudiés. Les levures rencontrées devaient être considérées comme des germes associés, incapables par eux-mêmes de produire ces affections.

Un fait nouveau lui apporte aujourd'hui la preuve de leur rôle pathogène.

Comme dans plusieurs cas analogues observés par divers auteurs, les lésions occupent exclusivement le troisième espace interdigital de la main. En ce point, la peau est macérée, de coloration jaune clair et se détache facilement en mettant à nu une surface érosive de coloration rouge vif.

Un examen microscopique montre d'abondantes cellules de levures sans filaments mycéliens. Leur ensemencement sur les milieux sucrés de Sabouraud est suivi du développement d'une levure appartenant au genre saccharomycès. Des frictions énergiques avec de la teinture d'iode diluée au tiers et un peu plus tard l'application d'une pommade au goudron de houille donnent de bons résultats. La guérison est complète au bout d'un mois.

L'affection existait depuis 10 ans.

Il existe donc à côté des affections dysidrosiformes eczématiformes et intertrigineuses dues à des épidermophytons et à des trichophytons, avec présence de levures saprophytes, des dermites de même siège produites véritablement par des levures.

L'auteur admet d'autre part que des affections cutanées comme l'eczéma et la dyshidrose, sans être d'origine parasitaire, permettent par leur évolution chronique et récidivante l'association de levures saprophytes qui, faciles à cultiver, ne sont pas les agents de la derma-

tose primitive, mais sont peut-être capables de prolonger son existence jusqu'à ce qu'un traitement iodé opportun amène la guérison.

J. Margarot.

Urticaire pigmentaire. Œdème aigu de Quincke et névrodermite associés et guéris par l'opothérapie thyro-ovarienne (Urticaria pigmentosa, edema agudo de Quinke y neurodermitis coexistentes y curadas con opoterapia tiroovarica), par E. A. Sainz de Aja. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, no 6, mars 1930, p. 473.

Une femme de 26 ans présente, depuis 5 ans, une éruption d'urticaire pigmentaire et, depuis quelques mois, un œdème aigu de Quincke et une névrodermite du cou. Il s'agit d'une personne obèse, ayant de fréquentes migraines et des symptômes évidents d'insuffisance thyroïdienne et génitale. Une médication thyroïdienne et ovarique est instituée.

Deux faits sont à souligner : la rareté du cas — l'urticaire pigmentaire étant exceptionnelle chez l'adulte — et la guérison des divers syndromes cutanés au bout de trois mois et demi de traitement.

J. Margarot.

Accidents de la médication bismuthique dans le traitement de la syphilis (Un cas d'embolie artérielle bismuthique) (Accidentes de la medicacion bismutico en el tratamiento de la sifilis) (Un caso de embolia arterial bismutica), par Eduardo de Gregorio. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, no 6, mars 1930, p 474.

Une injection d'iodo-bismuthate de quinine en suspension aqueuse organo-synthétique est faite suivant les règles habituelles sans provoquer la moindre douleur immédiate. 4 heures après, la malade revient à la consultation avec une intense tuméfaction diffuse de toute la fesse. La peau, légèrement douloureuse à la pression, est sillonnée de franges ecchymotiques arboriformes, de coloration plus foncée dans le voisinage immédiat de la piqûre. Le lendemain, la tuméfaction persiste, les traînées ecchymotiques sont d'un rouge plus intense ; en certains points existent des lésions d'aspect purpurique ; l'hyperesthésie est intense. 24 heures après, la lésion se limite. Elle disparaît en 3 mois sans avoir donné lieu à des phlyctènes, ni à de la nécrose.

L'accident peut être rapporté à l'injection d'un produit bismuthique insoluble dans une artère de très petit calibre, ce qui explique le peu d'intensité relative des accidents observés.

J. Margarot.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Un cas d'actinomycose cervicale diagnostiqué tumeur maligne (Un caso de actinomicosis cervical diagnosticado de tumor maligno). par Santiago Pallares et Barrio de Medina. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 6e année, no 56, mai 1930, p. 443.

L'actinomycose est plus fréquente qu'on ne le croit couramment, surtout en ce qui concerne sa localisation cervicale ou temporo-maxillaire. Dans les cliniques, on n'observe guère cependant que des cas diagnostiqués assez tard, quand les lésions ont envahi des territoires éloignés de la bouche.

L'observation apportée par les auteurs est très démonstrative à cet égard. Une femme de 52 ans, qui a souffert un an auparavant d'une stomatite avec irritation douloureuse des gencives, présente des lésions nodulaires du cou avec vives douleurs, difficulté dans les mouvements et gêne de la déglutition. On porte le diagnostic de tumeur maligne. Or, ces lésions présentaient le caractère de lésions gommeuses, qui n'étaient ni syphilitiques, ni tuberculeuses et qui furent rattachées à l'actinomycose après examen des frottis, cultures et sporo-agglutinations avec le sérum de la malade. J. Margarot.

La dermatologie et la syphiligraphie à Barcelone. Chronique mensuelle, par Wust Berdaguer. *Institut de Médecine pratique*, Session du 10 avril 1930.

Érythème polymorphe et érythème noueux d'ordre biotropique (Eritema polimorfo y eritema nudoso de orden biotropico), par Javier Vilanova Montiu. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 6e année, no 56, mai 1930, p. 465.

Une jeune malade a une syphilis latente, que permet seulement de suspecter une menstruation irrégulière et un avortement.

Un traitement salvarsanique est suivi de céphalées légères et transitoires.

Le neuvième jour, se déclare un syndrome toxi-infectieux, accompagné d'une éruption cutanée de la nuque et des avant-bras, reproduisant exactement le type de l'érythème exsudatif multiforme d'origine idiopathique. En même temps se développe sur les membres inférieurs un érythème noueux contusiforme, paraissant dû à la même cause.

L'auteur considère ce cas comme un exemple de biotropisme indirect : le néosalvarsan aurait réactivé le micro-organisme de l'érythème polymorphe et de l'érythème noueux.

J. Margarot.

La dermatologie et la syphiligraphie à Barcelone. Chronique mensuelle, par Wust Berdaguer. *Académie et Laboratoire de Sciences médicales de Catalogne*. Session du 7 mai 1930.

Granuloma annulaire centrifuge (Granuloma anular centrifugo), par Javier Vilanova Montiu. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 6e année, no 56, mai 1930, p. 474.

Granulome annulaire centrifuge de la main et de l'avant-bras. On trouve des lésions dont l'examen histologique démontre l'origine tuberculeuse. Il existe chez la malade de l'engorgement des ganglions carotidiens et des ganglions du hile pulmonaire. Elle a un frère tuberculeux. Les réactions sérologiques de la syphilis sont négatives, ainsi que la cuti-réaction. J. Margarot.

La dermatologie et la syphiligraphie à Barcelone. Chronique mensuelle, par Wust Berdaguer. *Académie et Laboratoire de Sciences médicales de Catalogne.* Session du 14 mai 1930.

Contribution à l'étude des hérédo-syphilitiques (Contribucion al estudio de los heredo-lueticos), par Munoz Arbat. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia.* 6e année, no 56, mai 1930, p. 475.

Étude détaillée de 966 femmes enceintes atteintes de syphilis ou ayant des antécédents syphilitiques et de leurs enfants respectifs.

Sur 746 gestations, on note 304 naissances prématurées. 450 mort-nés ; 92 enfants ont des lésions évidentes d'hérédo-syphilis.

J. Margarot.

Le thallium dans le traitement des teignes (El talio en el tratamiento de las tinas), par Manuel Pereiro. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia,* 6e année, n0 57, juin 1930, p. 507.

Trois opinions se partagent les dermatologistes qui se sont occupés du thallium dans le traitement des teignes. Les uns le repoussent à cause de ses dangers pour les malades. D'autres le croient très utile sous réserve de l'administration d'un produit très pur avec une posologie rigoureuse. D'autres enfin discutent les avantages et les inconvénients des rayons X et du thallium.

En Espagne, il semblait que l'on fut arrivé à reconnaître au thallium une valeur réelle comme adjuvant de traitement des teignes, mais après le *malheur* de Grenade (il est nécessaire de ne pas confondre malheur avec échec scientifique), les ennemis de l'administration du thallium posent en principe que son emploi doit être prohibé à cause de sa toxicité.

L'auteur a cependant sur ce mode d'épilation une expérience sérieuse, établie d'après un travail méthodique de 6 ans et non d'après une statistique improvisée en quelques mois.

De 1924 à la fin de 1926 il a traversé une phase d'incertitude : la dose épilatoire et la dose toxique étaient si voisines qu'il était impossible d'obtenir de bons résultats sans incidents. En 1926, l'auteur a utilisé l'acétate de thallium à la dose d'un milligramme par jour et par kilogramme de poids pendant 6 jours et il a eu à déplorer de nombreuses intoxications dont une suivie de mort.

A partir d'octobre 1927, il a employé le protoxyde de thallium.

Depuis lors, il n'a jamais eu d'accidents et les résultats ont toujours été heureux.

L'auteur conclut que le thallium constitue un excellent médicament, particulièrement indiqué dans les campagnes où la rœntgenthérapie est inapplicable. Il va même jusqu'à dire que, dans des régions comme la Galicie, ce traitement, étant le seul possible, devrait être obligatoire.

J. Margarot.

Studi Sassaresi (Sassari).

La réaction d'opacification de Meinicke avec antigène coloré et sa valeur clinique, par G. Perantoni-Satta. *Studi Sassaresi*, série II, vol. VII, fasc. 2, année 1929.

Après avoir exposé la technique de la réaction colorée de Meinicke P. rapporte les résultats qu'il a obtenus sur 336 sérums appartenant, 211 à des luétiques de catégories diverses, et 125 à des sujets sains ou atteints d'autres affections cutanées ou vénériennes. La M. T. R. C. s'est montrée spécifique pour la syphilis comme l'est la M. T. R. ; elle semble montrer même une spécificité supérieure à celle de la M. T. R. et de la B.-W., dans les cas de syphilis latente traitée ; elle peut ainsi être d'un secours appréciable pour diriger le choix des indications thérapeutiques. Elle est en outre d'exécution facile et aussi d'une lecture plus facile que les autres réactions d'opacification et de floculation.

Belgodere.

Sur une observation particulière en fait de pyréto et malariathérapie, par V. Barbaglia. *Studi Sassaresi*, série II, vol. VII, fasc. 4, année 1929.

L'auteur communique une observation personnelle concernant une malade atteinte de syphilis depuis 3 mois, jamais traitée, avec syphilome initial et nombreuses manifestations secondaires cutanées et muqueuses en voie de régression spontanée, chez laquelle 2 injections intraveineuses de Dmelcos (125-250 millions de germes) ne donnèrent lieu à aucune réaction générale, de même que demeurèrent sans effet deux injections sous-cutanées de 5 centicubes de sang paludéen très riche en parasites, prélevé sur deux malades en plein accès fébrile et pratiquées dans les meilleures conditions pour l'inoculation de l'infection malarique.

L'auteur considère cette observation comme intéressante pour la concomitance des deux faits, l'absence de réaction au Dmelcos et l'absence d'inoculation de la malaria, et cette particularité observée chez un sujet luétique non traité avec manifestations secondaires en voie de régression spontanée. Bien qu'il pense à une influence de l'état de défense particulier dans lequel se trouvait la malade vis-à-vis de l'infection luétique au moment de l'expérience et dont était témoin la régression spontanée graduelle des manifestations spécifiques, il ne croit pas cependant pouvoir donner une explication plus précise de ce fait, alors surtout qu'il s'agit d'une seule observation. Belgodere.

Epidermo et onychomycose due à l'Hemispora stellata, par V. Barbaglia. *Studi Sassaresi*, série II, vol. VIII, fasc. 2, année 1930.

Il s'agit d'un malade atteint depuis plusieurs mois d'une lésion érythémato-squameuse figurée des espaces interdigitaux des mains, et de lésions unguéales, dues à l'*Hemispora Stellata*, comme cela fut démontré par l'examen microscopique et cultural fait sur le produit de râcle-

ment et sur les fragments d'ongle. L'intérêt du cas tient à la rareté des hémisporoses cutanées surtout superficielles et des localisations unguéales.

Probablement, l'infection était due à l'usage que, dans les derniers mois, le malade faisait de vieux registres de la commune, dans les services de laquelle il était employé. BELGODERE.

Caractéristiques morphologiques du pus urétral blennorragique selon la formule d'Arneth (Première note), par V. BARBAGLIA. *Studi Sassaresi*, série II, vol. VIII, fasc. 2, année 1930.

L'auteur rapporte ses premières recherches faites sur les caractéristiques morphologiques de la sécrétion urétrale blennorragique par rapport à la formule d'Arneth, et en particulier ce qui concerne le tableau neutrophile comparé à celui du sang. De ces observations, faites avec des examens multiples successifs pratiqués sur le même patient, il résulte que, dans la sécrétion urétrale blennorragique sont représentés tous les éléments qui entrent dans le tableau hématique d'Arneth, et que ces éléments comme en général les éléments correspondants du sang subissent dans leurs rapports numériques des variations diverses dans les divers stades de la maladie, consistant dans une déviation de la formule d'Arneth. Plus particulièrement dans les premiers jours de l'infection, on aurait constaté en général une déviation à gauche, dans le sang comme dans le pus, mais plus intense dans le sang que dans le pus, en faveur spécialement de la série IV et V.

Par la suite et spécialement avec la régression de l'affection urétrale, cette déviation serait allée en diminuant pour faire place à un déplacement à droite plus évident et beaucoup plus précoce dans le pus, avec des variations plus grandes et plus constantes aux dépens des neutrophiles des groupes II et IV. Ce déplacement irait par la suite en s'accentuant jusqu'à se rendre à un certain moment presque stationnaire, le tableau pouvant présenter même une certaine tendance, quoique momentanée, à la normalisation.

Il paraîtrait aussi d'après ces recherches que les réactivations et les complications peuvent amener une nouvelle augmentation des éléments des deux premières classes, à laquelle succéderait, avec le début de l'amélioration de l'urétrite ou de la complication un retour à la déviation à droite précédemment établie. Soit dans le pus, soit dans le sang l'indice de Sabrazès refléterait par ses variations celles de la formule d'Arneth, sans en être pourtant l'indice fidèle. L'auteur a ensuite considéré la prévalence des diverses espèces de neutrophiles qui entrent dans la constitution des diverses classes. BELGODERE.

Un cas de teigne trychophitique chez un adulte, par G. PERANTONI-SATTA. *Studi Sassaresi*, série II, vol. VII, fasc. 2, année 1930.

L'auteur décrit, chez une femme de 30 ans, une forme torpide de teigne trichophytique, intéressant presque tout le cuir chevelu et atteignant aussi les ongles. Cette trichophytie avait débuté à l'âge de

10 ans, et avait donc persisté à l'âge adulte, contrairement à la règle. Des cas analogues ont été déjà signalés, mais sont rares.

La cause de cette persistance est mal connue et a donné lieu à diverses hypothèses : faiblesse générale, insuffisance ovarienne ou thyroïdienne, retard du développement, infantilisme, acclimatement du parasite dans les cas anciens.

Une autre hypothèse est la suivante : la persistance dépendrait de l'espèce parasitaire : certaines espèces seraient douées d'une virulence plus grande et de propriétés particulières, notamment pyogènes, qui leur permettraient de résister davantage aux défenses naturelles de l'organisme. C'est cette dernière explication qui paraît être à P. la plus vraisemblable. Chez sa malade, le parasite était le *trichophyton violaceum* qui est un hypomycète particulièrement virulent, d'une virulence presque égale à ceux d'origine animale à lésions pyogènes.

BELGODERE.

Les groupes sanguins dans la syphilis, la blennorragie et quelques dermatoses, par G. PERANTONI-SATTA. *Studi Sassaresi*, série II, vol. VIII, fasc. 3, année 1930. Bibliographie.

L'auteur ayant déterminé les groupes sanguins chez 196 patients atteints de syphilis, de blennorragie et de quelques maladies cutanées a noté la prévalence du 1er et du 2e groupe sur le 3e et le 4e et particulièrement du 1er sur le 2e dans le scrofuloderme, dans l'épithélioma, dans les pyodermites, dans le favus et d'une manière particulière dans la blennorragie et la syphilis. Minime prévalence du 2e sur le 1er dans la teigne trichophytique, très accentuée dans l'eczéma, dans la pelade, le psoriasis et le lupus érythémateux.

Il ne lui semble pas cependant que l'on puisse parler d'une véritable tendance de l'un ou de l'autre groupe à contracter telle maladie plutôt que telle autre.

Pour ce qui concerne les rapports entre les groupes sanguins et le comportement de la réaction de Wassermann, il ne peut tirer de ses constatations aucune conclusion. BELGODERE.

Sur la recherche microchimique du thallium dans les tissus (Observations expérimentales), par V. BARBAGLIA. *Studi Sassaresi*, série II, vol. VIII, fasc. 3, année 1930.

L'auteur, dans le but de mettre en évidence le Tl dans les tissus, a cherché à appliquer à cette recherche la méthode microchimique du cherché à appliquer à cette recherche la méthode microchimique de KI, avec laquelle, d'une solution d'un sel de Tl, on obtient la précipitation du métal sous la forme de cristaux d'iodure de Tl caractéristiques. Dans ce but, il a essayé de fixer un fragment de peau de lapin dans le derme de laquelle avaient été injectées quelques gouttes d'une solution aqueuse à 2 o/o d'acétate de Tl très pur, dans une solution saturée de KI dans l'alcool à 95° pour obtenir une rapide pénétration du KI et le blocage du Tl par la formation du sel corres-

pondant insoluble. Pour éliminer ensuite l'excès de KI imprégnant le tissu et éviter ainsi la difficulté de la section du fragment inclus en raison de son excessive dureté, il fit suivre la fixation du passage par la série descendante des alcools et un lavage dans l'eau courante pendant quelques heures. Le traitement successif fut le traitement habituel par l'inclusion de paraffine. Sur les coupes, apparurent nettement les cristaux caractéristiques d'iodure de Tl. Les colorations communes nucléaires et protoplasmiques, des éléments du tissu ne s'en trouvèrent entravées en rien. BELGODERE.

Sur le traitement myosalvarsanique dans l'infection luétique, par V. MANCA PASTORINO. *Studi Sassaresi*, série, II, vol. VIII, fasc. 3, année 1930.

Dans les cas observés par P., le myosalvarsan a montré un pouvoir antisyphilitique accentué, presque égal à celui du néosalvarsan. Il n'a pas donné lieu d'autre part à des accidents d'intolérance si on excepte une légère céphalée, sentiment de fatigue, ascensions thermiques vagues et fugaces, phénomènes qui se sont présentés seulement dans quelques cas après la première injection et ne se sont plus reproduits pendant le traitement. Il a noté aussi, dans un seul cas, du purpura qui disparut par interruption du traitement et ne se reproduisit plus quand celui-ci fut repris.

Il s'est montré supportable même chez les nourrissons et a apporté chez ceux-ci, ainsi que chez les autres malades une notable amélioration de leur état général, indépendamment de l'action spécifique.

Aussi P. croit-il que le myosalvarsan est susceptible éventuellement de remplacer les injections intraveineuses, ne serait-ce que dans tous ces cas où on rencontre des difficultés anatomiques ou dues au milieu et spécialement dans la médecine infantile, et aussi pour la médecine d'assistance où les injections intraveineuses se heurtent parfois à des difficultés pour toutes sortes de raisons. Il peut aussi être d'un grand secours pour le traitement antiluétique pendant la grossesse.

BELGODERE.

Il Dermosifiligrafo (Turin).

Expériences de thérapeutique antisyphilitique avec un sel organique de strontium, par V. NICOLETTI. *Il Dermosifiligrafo*, 5e année, no 7, juillet 1930, p. 433.

Sur l'invitation de Ciambellotti, N. a entrepris des recherches de contrôle sur l'action du sel organique de Sr dit 418 Sr. On sait, par les travaux de Ciambellotti et de Comel qui ont été analysés ici, que ce sel aurait une action favorable, non seulement sur les douleurs des tabétiques, mais aussi sur les lésions spécifiques en activité et sur la réaction de Bordet-Wassermann. Les recherches de N. ont porté sur 17 malades atteints de syphilis sous différentes formes.

Les résultats qu'il rapporte ne sont pas bien probants.

Chez un certain nombre de sujets, le médicament s'est montré com-

plètement inactif, et la maladie a évolué absolument comme si on n'avait fait aucun traitement. On a même vu dans un cas de chancre des manifestations secondaires apparaître plus tôt que de coutume.

Dans d'autres cas, il y a seulement un retard dans l'apparition des réactions sérologiques ou des accidents secondaires.

Enfin, il y a eu des cas où le Sr a semblé avoir une action favorable soit sur les signes cliniques, soit sur les signes sérologiques, soit sur les deux en même temps. Notamment dans deux cas de syphilis tertiaire sans signes cliniques mais avec Bordet-Wassermann partiellement positif, la réaction s'est améliorée dans un cas et est devenue négative dans l'autre.

D'autre part, les réactions de Bordet-Wassermann pratiquées aussitôt avant et aussitôt après l'injection, ont donné le même résultat, ce qui exclut l'hypothèse d'une action anticomplémentaire du Sr, qui expliquerait une dissociation entre les résultats sérologiques et les résultats cliniques.

N. tire de ses expériences cette conclusion, que dans les conditions où il s'est placé, il n'est pas possible d'attribuer au sel de Sr étudié une action antiluétique comparable, même de loin, à celle des médicaments habituellement utilisés.

Quant à l'action du médicament sur les manifestations douloureuses, affirmée par Ciambellotti, elle n'est pas en contradiction avec la faible efficacité antiluétique, car il est probable que, contre ces accidents nerveux le Sr n'agit pas comme parasiticide.

Le 418 Sr mérite de faire l'objet de nouvelles études et il se peut notamment qu'il devienne, à cause de son action sur les centres nerveux, un bon adjuvant des traitements antiluétiques habituellement employés. **Belgodere.**

Thérapeutique immunitaire locale dans la blennorragie, par E. Ciambellotti. *Il Dermosifiligrafo*, 5e année, no 7, juillet 1930, p. 447.

Dans une première partie de son travail, C. rappelle quelles sont les bases théoriques fondamentales sur lesquelles reposent les divers procédés thérapeutiques immunitaires. Pour ce qui concerne la blennorragie, les conceptions les plus récentes soutenues par Besredka sur l'immunité locale, sur le caractère plutôt histiogène qu'humoral de l'immunité, ont conduit aux essais de vaccinothérapie locale au moyen de vaccins antigonococciques. Puis, après les vaccins, sont apparus les antivirus qui ont été d'abord étudiés en France, mais aussi en Italie notamment par Bertarelli et Tarantelli ; mais ces auteurs italiens n'ont pas poursuivi leurs recherches qui leur avaient montré que le gonocoque était un faible producteur d'antivirus.

D'autre part, au point de vue pratique, c'est-à-dire non plus du laboratoire, mais de la clinique, les tentatives de traitement au moyen d'antivirus gonococcique ont donné, d'après ce que l'on peut relever dans la littérature, des résultats vraiment discordants. Certains auteurs,

notamment Français, annoncent avec enthousiasme des résultats magnifiques ; tandis que d'autres, surtout italiens déclarent des résultats désastreux.

Devant ces contradictions, C. a voulu se faire une opinion personnelle : il a soumis aux injections urétrales d'antivirus gonococcique 5 sujets blennorragiques. Résultats : chez un malade, après 18 injections, aucune modification et les gonocoques continuent à pulluler dans l'écoulement urétral. Chez les deuxième et troisième malades, cystite gonococcique sévère à la troisième et à la cinquième injections. Chez les quatrième et cinquième malades : épidydimite. Quant aux gonocoques, non seulement ils ne disparaissent pas, mais ils semblent au contraire se développer plus vigoureusement sous l'action de l'antivirus.

Conclusion : l'emploi de la vaccinothérapie locale dans le traitement de la blennorragie, n'a donné que des résultats nuls ou malfaisants. Et C. émet quelques appréciations sévères et peut-être justes à l'égard de certains auteurs français qui annoncent avec une hâte bien légère des résultats merveilleux, mais merveilles imaginaires.

La vaccinothérapie topique a peut-être devant elle un brillant avenir, pour certaines maladies, mais pour ce qui concerne en particulier la blennorragie, son avenir paraît limité, vu le peu d'activité du gonocoque comme producteur d'antivirus. Il ne faut pas cependant non plus exclure *a priori* la possibilité dans l'avenir de découvrir des moyens appropriés qui permettront d'exalter les défenses déficitaires du terrain ou bien d'obtenir du germe des substances douées d'un haut pouvoir immunitaire. BELGODERE.

Papillome sur lupus érythémateux, par P. CERRUTTI. *Il Dermosifiligrafo*, 5e année, no 7, juillet 1930, p. 456, 1 fig.

Milian et Périn, en 1928, ont présenté à la Société de Dermatologie française un cas de lupus érythémateux sur lequel s'était développé un état papillomateux. C. rapporte un cas analogue chez une vieille femme de 64 ans, atteinte d'un lupus érythémateux depuis l'âge de 22 ans. Depuis 7 à 8 mois, apparition d'élevures papillomateuses dans lesquelles l'examen histologique ne révéla aucun indice de dégénérescence maligne. Au point de vue clinique d'ailleurs, l'ourlet caractéristique de l'épithélioma faisait défaut. Le lupus érythémateux avait été traité autrefois par une seule application de rayons X et on n'avait pas insisté parce que la réaction avait été trop forte. Par la suite, il avait été traité par des cautérisations répétées. Faut-il incriminer les rayons ou les cautérisations ? C. ne se prononce pas sur ce point. En tout cas, l'observation est intéressante parce que ce qu'il est plus commun de voir se développer sur des cicatrices ce sont plutôt des tumeurs malignes et cela se voit plutôt sur les cicatrices du lupus tuberculeux que sur celles du lupus érythémateux. BELGODERE.

Sur les inconvénients du thallium et sur la méthode mixte thallium-rœnt-

genthérapie dans le traitement des trichophyties, par G. Magiulli. *Il Dermosifiligrafo*, 5e année, n° 7, juillet 1930, p. 460. Bibliographie.

M. passe en revue les inconvénients de l'emploi de l'acétate de Tl pour obtenir la dépilation, et les procédés qui ont été préconisés pour y remédier soit par neutralisation de l'action toxique : calcium, thiosulfate de soude, extrait de thymus, soit en l'employant à doses minimes dont on complète l'action par des doses également minimes de rayons X : ainsi les effets utiles des deux procédés s'additionnent sans qu'il y ait sommation des effets nuisibles. C'est la *méthode mixte de Buschke*, sur laquelle plusieurs fois nous nous sommes étendus dans des analyses antérieures, ce qui nous dispensera d'insister sur les détails d'application de cette méthode.

M. a voulu en faire l'essai sur 11 malades dont l'état général défectueux inspirait des craintes au point de vue de l'emploi du Tl.

Dans 6 cas, il a obtenu une guérison complète ; dans 3 cas, il y a eu récidive bien que l'épilation ait été presque totale ; les 2 derniers enfin sont encore en observation, mais paraissent guéris.

La méthode lui a paru exempte de dangers, mais elle est plus compliquée, ce qui n'est pas un inconvénient négligeable au point de vue pratique.

Mais elle peut néanmoins présenter des indications, chez les malades particulièrement sensibles au Tl, chez ceux à qui le médicament a été déjà administré et pour lesquels on redoute une accumulation ; enfin chez les grands enfants et les adultes chez qui, comme on le sait, les accidents toxiques sont particulièrement à craindre.

Belgodere.

Sur la diffusion de la lèpre en Cyrénaïque, par A. Ragazzi. *Il Dermosifiligrafo*, 5e année, n° 7, juillet 1930, p. 469.

Avant 1914, dans les premiers temps de l'occupation italienne, les cas de lèpre étaient nombreux en Cyrénaïque ; ils sont aujourd'hui devenus rares. Certains ont attribué ce fait à ce que la lèpre atteignait surtout les populations nomades bédouines, qui se sont retirées peu à peu devant les Italiens, pour se réfugier dans la région prédésertique et saharienne. L'auteur, qui exerce en Cyrénaïque depuis 15 ans, n'admet pas cette interprétation. Il y a moins de lépreux parce qu'ils sont morts. La grippe, la peste, la famine, qui ont sévi pendant les années de la guerre en ont emporté le plus grand nombre parce qu'ils offraient moins de résistance.

Au point de vue de la contagion de la lèpre, R. pense que certaines *conditions individuelles* sont nécessaires pour que la contagion puisse avoir lieu. On ne peut guère s'expliquer autrement comment la lèpre ne fait pas de plus grands ravages parmi des populations primitives qui vivent dans les pires conditions de promiscuité et d'absence de toute précaution d'hygiène.

Ce travail se termine par une étude des conditions épidémiologiques de la lèpre spéciales à la Cyrénaïque. Belgodere.

Acta Dermatologica (Kyoto).

Un cas d'urticaire consécutif à la trypaflavine (Ein Fall von durch Trypaflavin hervorgerufennen urticariosen Ausschlägen), par S. Morimoto. *Acta Dermatologica*, t. XV, fig. 6, 1930, p. 586.

L'urticaire par trypaflavine est rare. Un homme de 25 ans, atteint de blennorragie en avait reçu une quatrième injection dans la veine médiane du coude gauche et éprouva d'abord une sensation de tension dans l'avant-bras du côté radial. Ensuite, vives douleurs irradiées à la main gauche. Puis rougeur semée d'élevures jaunâtres urticariennes. Le tout disparut bientôt. Ch. Audry.

Variété spéciale de corne cutanée du gland (Ein besonderer Form von Cornu cutaneum Glandis Penis), par Muhai et S. Morimoto. *Acta Dermatologica*, t. XV, f. 6, 1930, p. 596, 6 fig.

Il en existe 10 observations dans la littérature japonaise. Dans ce cas : homme de 46 ans portant sur le gland une corne qui végétait jusque dans l'urèthre, oblitérant le canal induré, leucoplasique et semé de petites tumeurs cornées. Au microscope, corps ronds disséminés dans la nappe acanthosique. Le malade avait eu un phimosis congénital qui a probablement joué un rôle. 5 fois sur les 10 cas japonais, il y avait aussi phimosis. Ch. Audry.

Przeglad Dermatologiczny (Varsovie).

L'influence des extraits endocriniens et des modificateurs du système végétatif sur l'allergie cutanée, par Reiss. *Przeglad Dermatologiczny*, t. XXV, 1930, n° 2, p. 163.

R. a étudié l'allergie cutanée aux albumines étrangères (lait, peptone, divers vaccins, sérum de cheval) et l'allergie « pharmacodynamique » aux allergines non-antigéniques telles que l'histamine, la morphine, l'adrénaline et la caféine.

522 intradermo-réactions ont été pratiquées chez 98 malades. Pour chacun d'eux, on notait le degré et la qualité des réactions locales. Puis, les malades étaient soumis à divers traitements opothérapiques. Après un laps de temps suffisant, on refaisait des intradermo dans des conditions rigoureusement semblables aux précédentes, et l'on comparait les résultats obtenus.

Cette patiente étude a montré que, parmi les extraits glandulaires, seuls les extraits thyroïdiens et testiculaires paraissent influencer la réactivité cutanée, qu'ils augmentent dans des limites assez appréciables. L'hypophyse et l'adrénaline ont une action inverse, mais moins prononcée. L'atropine paraît augmenter les phénomènes allergiques. C'est en employant, comme allergines, les solutions de peptone et le sérum de cheval que R. a pu observer les plus grandes différences d'intensité dans les réactions sous l'influence des extraits glandulaires.

S. Fernet.

De la lichénification géante, par MERENLENDER. *Przeglad Dermatologiczny*, t. XXV, 1930, n° 2, p. 177.

M. étudie 3 nouveaux cas de lichénification géante. On relève dans ces observations : un prurit intense devançant l'apparition des lésions, l'absence de toute éruption cutanée dans les antécédents des malades, la présence de lichen simplex chronique en divers endroits du corps. Dans l'un des cas, il s'agissait de tumeurs extrêmement dures de la grande lèvre ; l'ablation chirurgicale a été suivie de récidive.

Au point de vue histologique, il s'agissait de dermites chroniques avec prolifération du tissu conjonctif et formation de véritables fibromes ; l'infiltration de leucocytes ou de plasmocytes, la néoformation vasculaire, une hyperacanthose et une hyperkératose secondaires complétaient l'aspect microscopique.

L'étiologie de la lichénification géante est intimement liée à celle des lichénifications simples ; une prédisposition spéciale à la formation des tumeurs intervient peut-être. L'étiologie parasitaire ou infectieuse ne peut être soutenue. S. FERNET.

Observations et recherches sur le pemphigus, par MIERZECKI. *Przeglad Dermatologiczny*. t. XXV, n° 2, 1930, p. 210.

D'une consciencieuse étude de 80 cas de pemphigus, M. résume les constatations suivantes :

Le pemphigus est une maladie de l'âge adulte ; sa fréquence est plus grande chez l'homme. On l'observe dans des races diverses, mais la race israélite y est particulièrement prédisposée surtout en ce qui concerne le pemphigus foliacé. Les professions ne paraissent pas intervenir dans l'étiologie du pemphigus ; il faut noter, cependant, sa rareté chez les intellectuels.

La durée du pemphigus varie de quelques semaines à plusieurs années ; une durée de plus de 2 ans a été observée dans 35 o/o des pemphigus vulgaires, dans 25 o/o des pemphigus foliacés, dans 80 o/o des pemphigus végétants.

Le début de l'éruption se fait avec une égale fréquence sur toutes les parties du corps ; le début par les muqueuses (bouche) paraît être fréquent dans le pemphigus foliacé ; dans quelques cas, les localisations primitives paraissent être déterminées par les métiers exercés par les malades.

Le pronostic est toujours grave, d'autant plus grave que l'âge des malades est plus avancé ; le début par les muqueuses n'est pas un argument de gravité. L'éosinophilie, l'éosinopénie, la lymphocytose sont indépendantes de l'étendue de l'affection et de son évolution. Cependant, la lymphocytose paraît être un symptôme favorable, tandis que la lymphopénie est de mauvaise augure.

Les réactions de Bordet-Gengou, avec la sérosité des bulles, comme antigène, ont toujours été négatives. Le contenu des bulles, au début de l'affection, était stérile et non toxique pour la souris blanche.

Le pemphigus s'est montré non contagieux et non héréditaire. Touchant rarement les ovaires, il n'a pas d'influence sur la fécondité.

Les autopsies n'ont révélé que des lésions de dégénérescence banale.

S. FERNET.

Vratchébnoïé Délo (Kharkov).

L'ichtyol dans la thérapeutique des complications blennorragiques, par J. D. MARGOULISS. *Vratchébnoïë Délo,* nº 5, 15 mars 1930, pp. 373-374.

L'auteur a traité par l'ichtyol 90 cas de complications blennorragiques dont 63 épidydimites, 16 prostatites, 9 cystites et 2 cooperites. Après quelques tâtonnements, l'auteur s'est arrêté aux injections intrafessières d'une solution d'ichtyol à 5 o/o pratiquées tous les 2 jours en commençant par la dose de 2 centimètres cubes augmentée chaque fois de 1 centimètre cube. Le nombre d'injections ne doit pas dépasser 2-3, car l'effet thérapeutique s'épuise au delà de ce chiffre. L'injection est suivie 3-6 heures après d'une forte diurèse (6-7 mictions par jour) qui revient à la normale le 2e jour. Pas de réaction fébrile, focale ou locale après l'injection ichtyolée. Les observations de l'auteur montrent l'action analgésique rapide de l'ichtyol, la chute de la température et l'amélioration de l'état général, ainsi qu'une clarification des urines et une diminution de l'écoulement, des hématuries, du ténesme dans les cas aigus. La guérison ne survenait toutefois pas et il fallait employer les moyens ordinaires pour obtenir un résultat terminal positif (lactovaccinothérapie, massages, diathermie, lavages, bains, compresses, etc.). L'ichtyol n'abrège pas la durée de l'affection en comparaison avec les autres modes de traitement. En combattant la réaction inflammatoire, il ralentit et arrête même quelquefois l'issue du processus. L'absence de réactions générale, focale et locale fait supposer que les forces défensives de l'organisme n'interviennent pas. L'ichtyol exerce une action vaso-constrictive antiphlogistique, diminue l'hyperémie, affaiblit la leucocytose qui joue un rôle si important dans la lutte de l'organisme contre l'infection. L'action de l'ichtyol peut être comparée à celle de la glace, mais son action est plus profonde. C'est pourquoi l'usage de l'ichtyol n'est indiqué qu'au cours des processus très aigus et douloureux.

BERMANN.

Vratchébnaïa Gazéta (Leningrad).

Sur les propriétés bactéricides des pommades mercurielles, par W. F. GROUSDEFF et W. S. PETERSON. *Vratchébnaïa Gazéta,* nº 6, 31 mars 1930, pp. 451-452.

Les auteurs constatent le manque presque complet de travaux sur l'action bactéricides de ces pommades et l'expliquent par l'absence de méthodes sûres pour la déterminer, car les méthodes habituelles de contrôle des substances bactéricides ne sont pas applicables aux pom-

mades. Ils ont donc modifié la méthode de Breslauer et ont étudié l'action bactéricide des pommades mercurielles dont l'emploi est le plus répandu et dont la renommée bactéricide est la plus connue. Les résultats des recherches personnelles des auteurs montrent que l'onguent gris tue le staphylocoque pyogène doré au bout de 12 heures, l'onguent blanc au bout de 36 heures, les autres pommades n'exercent sur lui aucune action bactéricide même au bout de 12 jours. En plus, les auteurs ont étudié le rôle du véhicule gras des composés mercuriels. Leurs conclusions à ce propos sont que la pommade ne modifie pas ses propriétés bactéricides du fait du véhicule, c'est-à-dire que préparée avec de la vaseline et de la lanoline, elle possède la même action bactéricide. BERMANN.

Roussky Vestnik Dermatologuii (Moscou).

Contribution à l'étiologie et à la pathogénie de l'angiokératome de Mibelli, par A. M LISTENGARTEN. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 2, février 1930, pp. 123-133.

L'aperçu bibliographique montre que l'étiologie et la pathogénie de l'angiokératome de Mibelli, malgré un nombre passable de cas décrits, restent encore obscures. L'auteur analyse les modes de classification des angiokératomes et s'arrête sur celui de Fabry qui distingue les formes acroasphyxiques des doigts et les formes næviques du tronc. Après ces données préliminaires, l'auteur passe à la description de son cas personnel.

Le malade est un jeune élève coiffeur, un juif de 16 ans, fumant depuis l'âge de 13 ans et n'ayant jamais encore eu de coït. Depuis 3 ans, il souffre d'engelures des doigts en hivers, tousse, a des céphalées et des vertiges. Sa maladie a débuté, il y a 3 ans, après un coup, par une éruption localisée à la face d'extension du coude droit et composée de taches rouges grosses comme une tête d'épingle qui augmentaient et se transformaient en nodules. L'affection n'incommode pas le malade qui considère ses taches comme des verrues. Le malade présente une tuberculose du sommet gauche à forme latente. Pas de bacilles de la tuberculose dans les expectorations. Pirquet positif, Bordet-Wassermann et Sachs-Georgi négatifs.

L'éruption se compose actuellement de nodules isolés et confluents du volume d'un grain de pavot à celui d'un petit pois, rougle clair à rouge sombre avec un enduit grisâtre. La localisation est au coude et au bras droit. Certains éléments sont surmontés de points sombres et noirs. La pression des nodules les fait disparaître. La capillaroscopie montre des anévrysmes capillaires situés dans les papilles. L'histologie montre des vaisseaux papillaires dilatés, transformés parfois en grosses cavités sanguines recouvertes des couches cornées marquées. Les données cliniques, capillaroscopiques et histologiques montrent que le cas de l'auteur peut être rapporté soit à l'angiokératome acroasphyxique, soit

à l'angiokératome næviforme (vu la multiplicité des éléments). L'affection n'a pas d'étiologie ni de pathogénie uniques. L'organisme tuberculeux, présentant de mauvaises conditions de circulation sanguine, avec faiblesse des capillaires, anémie, tendance aux engelures, réagit sous l'influence des toxines tuberculeuses du sang par la formation d'angiokératomes sur une partie déterminée des téguments.

BERMANN.

Contribution aux toxicodermies iodiques, par E. I. MIRAKIANTZ. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 2, février 1930, pp. 133-148.

Après une étude générale détaillée du sujet, l'auteur rapporte un cas personnel de toxicodermie iodique.

Le cas concerne un Arménien de 54 ans, marié, exerçant la profession de maçon. Ayant contracté la syphilis à l'âge de 24 ans, il a eu des accidents primaires et secondaires récidivants qu'il a soignés insuffisamment et irrégulièrement, en absorbant de l'iodure de potassium. Souffrant de céphalées atroces et prenant, sur le conseil du médecin, de l'iodure de potassium (3 cuillerées à soupe d'une solution à 4 o/o), le malade a eu d'abord un coryza, puis, à la face et au dos de la main, une éruption débutant par des taches roses claires qui peu à peu deviennent rouge clair, se surélèvent, rappelant une papule urticarienne. Plus tard, l'élément urticarien devient une papulo-vésicule et finalement une bulle pemphigoïde. Ces bulles régressaient en s'ouvrant spontanément ou bien en se résorbant. Le plafond des bulles s'ombiliquait, ou se ratatinait, puis le tout se desséchait, formait des croûtes et se cicatrisait. Après guérison par la suppression du médicament, l'éruption a réapparu dès que l'iode fut de nouveau administré à doses minimes (3 cuillerées à soupe d'une solution à 4 o/o), mais sa localisation à la face et à la main ne fut pas la même, car les bulles ont envahi des endroits frais. Le contenu des bulles du pemphigus ne renfermait pas d'iode. L'iode fut éliminé par les urines jusqu'au 12ᵉ jour après la dernière dose prise ; mais ceci doit être mis sur le compte d'une néphrite, mais l'auteur ne met pas l'iododermite en rapport avec e rein malade. A part l'irritation cutanée, l'iode a provoqué également chez le malade une baisse de l'ouïe et des douleurs fulgurantes auriculaires. Le cas de l'auteur démontre la parenté des deux formes de toxicodermie iodique : la forme tubéreuse et la forme pemphigoïde.

BERMANN.

A propos du décèlement des gonocoques « latents », par A. I. DMITRIEFF. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 2. février 1930, pp. 148-154.

L'auteur a modifié la méthode de Roucayrol qui a recommandé des ensemencements isolés des produits urinaires, prostatiques et séminaux. La technique de Roucayrol étant par trop embarrassante, l'auteur propose, après les moyens de provocation habituels, de recueillir la première portion de l'urine du malade (qui n'a pas uriné depuis 6-8 heu-

res) dans 2 tubes à centrifuger stériles, après avoir nettoyé le méat externe avec de l'ouate imbibée de la solution physiologique. Après avoir fait uriner le reste de l'urine, on lave soigneusement le canal de l'urèthre et la vessie avec la solution physiologique à l'aide de la seringue uréthro-vésicale de Janet. Après avoir rempli la vessie avec 50 centimètres cubes de cette solution, on pratique le massage de la prostate après quoi le malade urine dans des tubes à centrifuger stériles. Tous les tubes sont centrifugés pendant 7-8 minutes, tandis que le malade, les mains et les organes lavés et nettoyés à l'alcool se masturbe, le sperme étant recuilli dans une boîte de Pétri stérile. Les produits ensemencés sur des milieux divers sont mis au thermostat.

Sur 7 blennorragiens chroniques n'ayant plus de gonocoques au microscope, l'auteur a obtenu 1 fois la culture des gonocoques. Sur 43 cas des blennorragiens « guéris » dont les analyses bactériologiques ont égalcment toujours été négatives, l'auteur a obtenu la culture des gonocoques dans 7 cas.

Grâce à cette méthode, on arrive à localiser le gonocoque latent, c'est-à-dire établir son siège et par conséquent à pouvoir l'attaquer. Un résultat positif acquiert une grande valeur chez des anciens blennorragiens, mais les résultats négatifs ne sont pas concluants.

BERMANN.

Sur le traitement de l'ichtyose, par P. W. NIKOLSY. *Roussky Vestnik Dermatologuii,* t. VIII, no 2, février 1930, pp. 155-162.

L'auteur rapporte 2 cas d'ichtyose congénitale généralisée chez une fillette de 12 ans et un garçon de 12 ans. Ces 2 cas ont été soumis à un traitement par des bains d'air sec à 50-60° durant 20 à 30 minutes avec enveloppement consécutif dans des couvertures pendant 2 heures, par des libations abondantes de thé, des bains de vapeur pour la face, le massage général, la faradisation générale quotidienne par des courants moyens pendant 15 minutes. Cliniquement et histologiquement, les 2 malades ont été guéris, en 6 et 11 mois. L'auteur recommande l'action de la chaleur qui entraîne une hyperémie, une sudation et une sécrétion sébacée, une excitation des nerfs vaso-dilatateurs et contribuant à la résorption de l'infiltration cornée. C'est sous la forme des agents cités que l'auteur préfère l'application de la chaleur qui, dans ses 2 cas observés, a permis une guérison stable qui s'est respectivement maintenue 6 mois et 2 ans 1/2.

BERMANN.

Le traitement par le thallium des affections mycosiques du cuir chevelu, par L. W. CHTAMOWA. *Roussky Vestnik Dermatologuii*. t. VIII, no 2, février 1930, pp. 162-165

Durant 1 an 1/2, l'auteur a observé 30 malades atteints de favus (9 cas), trichophytie (15 cas) et microsporie (6 cas). Selon l'âge, les malades se répartissent ainsi : de 1 an 1/2 à 2 ans , 27 cas, puis 3 mala-

des âgés respectivement de 14, 17 et 21 ans. L'acétate de thallium était administré à la dose de 0 gr. 008 par kilo de poids. 27 malades ont été traités par le thallium seul et 3 malades par la combinaison thallium + rayons X (1/2 dose épilatoire).

Les observations de l'auteur lui permettent d'arriver aux conclusions suivantes : l'emploi du thallium est très commode, bon marché, simple et surtout accessible au très jeune âge où l'épilation par le rœntgen n'est pas toujours possible. L'épilation obtenue par le thallium est régulière et suffisante. Les complications observées revêtaient la forme des troubles gastro-intestinaux, arthralgies, myalgies et conjonctivites. Les folliculites observées n'étaient point plus graves que celles observées au cours de la rœntgéno-épilation. Les cheveux tombent ordinairement le 16e jour, puis repousse des nouveaux cheveux, tout le cycle dure 1 mois 1/2 à 2 mois 1/2 en moyenne. L'épilation par le thallium a fourni 4 récidives, tandis que celle par les rayons X, 2, donc un pourcentage beaucoup plus élevé.

BERMANN.

Contribution au traitement du lupus érythémateux par des préparations d'or, par A. J. LÉBÉDÉFF. *Roussky Vestnik Dermatologuii,* t. VIII, no 2, février 1930, pp. 166-176.

Après une étude bibliographique de l'aurothérapie du lupus érythémateux, l'auteur rapporte ses résultats personnels obtenus dans le traitement de 21 malades (5 hommes et 16 femmes) âgés de 18 à 50 ans, traités par le krysolgan (14 cas) et par l'aurophos (7 cas), après avoir essayé, durant un laps de temps de 6 mois à 14 ans, toutes sortes de traitements. Le krysolgan a été employé en injections intraveineuses aux doses de 0 gr. 001 à 0 gr. 01, faites tous les 10-14 jours, au total de 0 gr. 001 à 0 gr. 03 (5 à 11 injections par série). L'aurophos a été employé en injections intrafessières bi-hebdomadaires aux doses croissantes de 0 gr. 01 à 0 gr. 10, au total de 0 gr. 893 à 1 gr. 293 (10-18 injections par série). Les résultats des traitements furent les suivants : 3 cas de guérison (dont 2 ont récidivé au bout de 5 et 10 mois), 12 cas d'amélioration et 6 cas sans effet. Les malades présentant une tuberculose active n'ont pas été soumis à l'aurothérapie de crainte d'aggraver le processus pulmonaire. Sauf quelques cas, le tableau morphologique du sang n'a pas été modifié. Les formes superficielles ont été mieux influencées que les profondes. Le krysolgan, étant plus toxique que l'aurophos, provoque parfois des accidents fébriles, vertigineux, nauséeux et albuminuriques, ce qui doit faire réfléchir en faisant son choix. L'aurophos et le krysolgan ont un effet thérapeutique presque identique.

BERMANN.

Contribution à la casuistique de la combinaison du lichen ruber plan et du psoriasis, par M. I. C. PERKEL et Mme B. J. BEZPROZVANNAÏA. *Roussky Vestnik Dermatologuii,* t. VIII, no 2, février 1930, pp. 177-180.

L'aperçu bibliographique montre la grande rareté de l'association du lichen ruber plan et du psoriasis.

Le cas de l'auteur concerne une jeune femme de 25 ans, ménagère, russe, se plaignant d'éruption légèrement prurigineuse qui a apparu 2 semaines après des couches, d'abord aux mains, puis à la poitrine et aux jambes. La malade n'a jamais eu de maladie cutanée antérieure et n'a jamais pris de remèdes. Rien de particulier aux antécédents personnels, sauf 3 accouchements normaux à terme. Les mains sont couvertes d'éléments plans, ovales, ronds et polygonaux, de teinte jaune rougeâtre, gros comme une tête d'épingle à un grain de mil, isolés ou confluents. Aux coudes et genoux, on constatait des papules rouge clair, squameuses, dont le grattage donnait une hémorragie punctiforme. Le traitement habituel ne guérit pas la malade (bains et pommade boriquée). L'arsenic sous forme de liqueur de Fowler guérit les éléments lichéniens et psoriasiques.

L'intérêt du cas réside dans l'apparition simultanée des deux dermatoses qui n'ont été précédées par aucune autre maladie cutanée, puis par l'absence de la réaction d'Herxheimer après l'arsenic qui, au contraire, a guéri les deux dermatoses. La malade a probablement été prédisposée aux deux affections cutanées qui ont éclos sous l'influence d'une cause endogène, apparemment, l'accouchement.

Bermann.

Acta Dermato-Venereologica (Stockholm).

Sur la dermatose pigmentée et purpurique des membres inférieurs, et le pigment hémo-sidérique dans la peau. Données cliniques, histologiques et expérimentales, par I. M. Schwarzmann. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XI, fasc. 1, mars 1930, p. 1, 13 fig.

L'auteur étudie la dynamique du processus pathologique qui se trouve dans le derme au cours de la dermatose pigmentée et purpurique et il se propose d'élucider plus complètement certaines questions, qui se rapportent au pigment hémosidérique. S. apporte 4 observations détaillées avec descriptions histologiques et il conclut que :

1° La dermatose pigmentée et purpurique se rencontre plus fréquemment chez les personnes ayant dépassé 40 ans, souffrant de diverses lésions du système cardio-vasculaire (hypertonie, myodégénérescence du cœur, sclérose de l'aorte).

2° L'un des symptômes des plus constants de cette maladie consiste en une dilatation persistante veineuse et une néoformation de capillaires veineux superficiels dans la région du pied et des chevilles. La dilatation des veines de la jambe n'est pas toujours très apparente.

3° Le tableau clinique est caractérisé par la présence d'hémorragies cutanées interstitielles — de pétéchies — et d'une pigmentation particulière, résultat de la décomposition de l'hémoglobine libre.

4° Une leucodermie spéciale est due à la formation démontrée par

l'expérimentation d'un halo clair dépigmenté, qui se forme autour des pétéchies à un certain stade de leur régression.

5° Le processus inflammatoire, provoqué par la présence de l'hémosidérine dans la peau, est accompagné d'une infiltration et d'une néoformation de vaisseaux, d'après le type du tissu de granulation ; il est suivi d'une atrophie de la peau et d'une diminution et de la perte du tissu élastique. Les hémorragies intradermiques prolongées et répétées, quelle qu'en soit la cause, ont pour conséquence l'atrophie de la peau atteinte.

6° Dans la dermite pigmentée et purpurique, comme dans d'autres affections hémorragiques analogues, l'hémosidérine pénètre dans la couche basale et en partie dans la couche malpighienne de l'épiderme, le pigment autochtone étant alors en quantité insignifiante ou manquant entièrement. Les cellules basales peuvent, dans ce cas, présenter une certaine désorganisation.

7° On rencontre dans les vaisseaux superficiels du derme et parfois dans les vaisseaux plus profonds des lésions pathologiques. Pourtant, le matériel restreint dont l'auteur dispose, n'a présenté aucun indice d'inflammation syphilitique vasculaire.

8° Des pigmentations hémosidériques peuvent se produire aux endroits hypostatiques après des inflammations éruptives, des syphilides en particulier, même s'il n'y a pas de dilatation veineuse.

9° Des injections intradermiques répétées de sang produisent une imprégnation de la peau par l'hémosidérine, celle-ci provoque un processus inflammatoire, lequel, par son cours et par la composition de l'infiltrat, est analogue au processus de la dermatose pigmentée et purpurique.

10° Les cellules géantes qui se trouvent dans l'infiltrat produit expérimentalement, résultent d'un traumatisme. Des amas annulaires de cellules épithélioïdes avec la tendance du protoplasma à confluer sont apparemment des formes jeunes des cellules géantes.

11° Une injection répétée de sang dans le derme et dans l'hypoderme, a provoqué, dans le cas de l'auteur, le développement typique d'un oléogranulome. OLGA ELIASCHEFF.

L'allergie de la peau dans la syphilis (Die Allergie der Haut bei der Syphilis), par Marjan GRZYBOWSKI. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XI, fasc. 1, mars 1930, p. 55.

Pour vérifier les hypothèses de Dujardin et Decamps sur l'allergie de la peau des syphilitiques vis-à-vis des agents non spécifiques, l'auteur étudia comment se comportait la peau de malades non syphilitiques vis-à-vis du sérum de cheval.

Après une première injection intradermique, la réaction fut négative ou douteuse dans 80 o/o des cas ; elle est faiblement positive dans 3 o/o, franchement positive dans 9 o/o et fortement positive dans 9 o/o des cas.

L'intensité de la réaction augmente après 2 ou 3 injections, puis la peau ne réagit plus, elle devient anergique, mais après plusieurs autres injections, la réaction devient de nouveau positive.

Les injections furent pratiquées sur 110 syphilitiques ; la réaction fut négative dans 67 o/o des cas dans la *syphilis récente* ; dans 6 o/o, la réaction fut faiblement positive, dans 14 o/o elle fut positive et dans 13 o/o fortement positive.

Syphilis ancienne : sur 21 cas, 71 o/o donnèrent une réaction négative, 14 o/o présentèrent une réaction faiblement positive, 10 o/o une réaction positive et 5 o/o une réaction fortement positive.

Syphilis tertiaire : sur 16 cas examinés, la moitié présente une réaction négative, 12,5 o/o eurent une réaction faiblement positive et 25 o/o une réaction positive et 12,5 o/o une réaction fortement positive.

L'auteur conclut de ces expériences que l'on ne peut pas distinguer une syphilis anergique et une syphilis allergique d'après la réaction de la peau vis-à-vis d'une albumine étrangère. Il semble exister dans la syphilis une allergie vis-à-vis de cette albumine.

Les réactions dermiques après injections de préparations d'albumine sont soumises aux lois de l'anaphylaxie.

La luétine de Busson donne souvent des réactions non spécifiques et G. n'a pas observé de réactions positives plus fortes dans la syphilis tertiaire. Il n'est pas impossible qu'il existe dans la syphilis floride une anergie vis-à-vis de la tuberculine.

Olga Eliascheff.

Sur l'amyloïdose de la peau (Ueber Amyloidose der Haut), par L. N. Maschkillbisson. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XI, fasc. 2, avril 1930, p. 77, 10 figures.

Bibliographie très détaillée et étude approfondie d'un cas d'amyloïdose locale cutanée chez un homme de 61 ans.

L'auteur conclut :

1° Que l'amyloïdose locale primitive est une maladie *sui generis* et qu'elle doit prendre une place nosologique à part dans la classification des dermatoses.

2° Le tableau clinique de cette forme est assez caractéristique : les localisations de prédilection sont : les jambes, les hanches, les bras, le tronc et les épaules. Les articulations sont presque toujours indemnes.

3° Les fortes démangeaisons sont un signe constant.

4° Les démangeaisons qui précèdent de temps à autre l'apparition de l'éruption sont de nature secondaire, elles sont produites par le dépôt d'amyloïde dans la peau, dépôt constaté histologiquement. Il peut donc exister un prurit dû à l'amyloïde sans trace d'éruption.

5° L'amyloïdose locale primitive ressemble cliniquement presque toujours au lichen simplex chronique de Vidal ou à la soi-disant lichénification anormale (prurigo nodulaire, lichénification chronique nodulaire, etc.), mais elle se distingue de la névrodermite par la persistance

de l'éruption, laquelle est constituée par de nombreux nodules isolés ou groupés, de consistance très ferme disposés sur une peau non lichénifiée. Il manque en outre aux nodules la tendance à confluer et ils sont localisés sur les faces d'extension.

Le tableau histologique est tout à fait différent de celui de la névrodermite : il n'existe aucune « formation en réseau » dans le corps muqueux de Malpighi, ni trace d'inflammation de l'épiderme. On ne peut donc pas conclure à une névrodermite dans laquelle se serait déposée secondairement l'amyloïde.

6° L'image histologique dans l'amyloïdose locale primitive est toujours uniforme et très caractéristiques. L'amyloïde est déposée exclusivement dans les parties supérieures du derme. Ce dépôt provoque une inflammation légère du tissu dermique et une hyperkératose épidermique ; ces deux lésions produisent à leur tour un amincissement épidermique et une destruction des follicules pileux. Un signe histologique caractéristique est la formation de fentes entre le derme et l'épiderme, fentes produites par la destruction du réseau élastique par les amas d'amyloïde.

7° Les réactions tinctoriales négatives ont montré dans le cas de l'auteur l'absence d'une amyloïdose généralisée.

8° En faveur du caractère primitif du dépôt d'amyloïde dans la peau parle la constatation de la présence d'amyloïde en quantité minime dans la peau cliniquement tout à fait saine.

9° L'amyloïdose cutanée primitive et locale est une maladie incurable ; l'amyloïde déposée ne semble pas avoir de tendance à se résorber. Les cicatrices que l'on rencontre sur la peau la plus atteinte sont dues au traumatisme par le grattage. OLGA ELIASCHEFF.

La réaction d'agglutination au glycérol-cholestérol de Hinton dans la syphilis (Hintons Glycerol-Cholesterol Agglutination Test in Syphilis), par Niels DANBOLT et Erik HÆRNE. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XI, fasc. 2, avril 1930, p. 128, 1 figure.

Les auteurs ont pratiqué simultanément les réactions de Wassermann et de Hinton et ont comparé les résultats obtenus. Ils ont examiné 1.200 sérums et 100 liquides céphalo-rachidiens. La réaction de Wassermann fut pratiquée avec deux antigènes : un extrait alcoolique et un extrait cholestériné.

Les réactifs pour la réaction de Hinton sont les suivants :

1) Un extrait alcoolique de cœur de bœuf insoluble dans l'éther.

2) Une solution de cholestérol à 0,7 o/o dans l'alcool absolu ou dans l'alcool à 97 o/o.

3) Une solution à 3 et à 5 o/o d'eau distillée.

4) Une solution de 50 o/o de glycérol bidistillé.

Les deux réactions donnèrent dans 92,5 o/o des résultats concordants (295 réactions positives par le Bordet-Wassermann, 313 positives par le Hinton).

Dans la syphilis primaire, secondaire, tertiaire et héréditaire, il y avait concordance dans 90 o/o.

Dans la syphilis latente, la réaction de Hinton est plus fréquemment positive que celle de Wassermann (96 positives au Wassermann, 108 positives au Hinton).

Les réactions avec le liquide céphalo-rachidien concordèrent dans 94 o/o des cas.

Contribution à l'étude du traitement du Vitiligo (Ein Beitrag zur Behand lung des Vitiligo), par A. Nadel. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XI fasc. 2, avril 1930, p. 141, 3 figures.

L'auteur apporte l'observation d'un malade atteint depuis 10 ans de vitiligo.

Un résultat esthétique suffisant fut obtenu (sur quelques placards) par des injections intraveineuses et par ingestion de préparations d'acridine et le traitement simultané par la lampe de quartz et les bains de soleil.

Olga Eliascheff.

LIVRES NOUVEAUX

L'hérédo-syphilis mentale, par P. L. Drouet, Médecin des Hôpitaux de Nancy et J. Hamel, Médecin Chef de Service à l'Asile de Mareville, 1 volume in-8° de 101 pages. Masson éditeurs, Paris.

L'on a souvent dit que l'hérédo-syphilis était la cause de beaucoup de cas de déséquilibres mentaux de l'enfance, mais il ne suffit pas d'affirmer comme on le fait généralement, il faut encore prouver. C'est ce qu'ont entrepris de faire MM. Drouet et Hamel, par une heureuse collaboration d'un syphiligraphe avec un aliéniste.

Ils ne se sont pas contentés de rechercher chez leurs malades des signes dystrophiques dont la valeur est loin d'être absolue, mais ils ont soigneusement mis en œuvre toutes les investigations biologiques. Le pourcentage d'hérédo-syphilis qu'ils ont ainsi trouvé, soit par une réaction positive du sang, soit par des réactions caractéristiques du liquide céphalo-rachidien, est vraiment impressionnant : 91 fois sur 108 cas observés l'hérédo-syphilis a pu être décelée. J'avoue que pour ma part ce résultat dépasse de beaucoup l'impression clinique que je gardais des cas que j'avais observés, mais il faut s'incliner devant les analyses biologiques qui, à notre avis, doivent entraîner la certitude.

Malheureusement les résultats du traitement, même dans les cas où la syphilis est avérée, sont loin d'être encourageants et on peut s'en étonner car il ne s'agit pas ici de lésions purement dystrophiques, mais de véritables lésions organiques dues aux tréponèmes, comme le montrent les recherches biologiques.

Cependant le travail de MM. Drouet et Hamel n'a pas seulement un intérêt spéculatif. Il peut nous conduire à une lutte prophylactique plus serrée. Il n'est pas douteux que de telles statistiques mises sous les yeux de ceux qui ont la charge de la santé publique n'entraînent rapidement leurs convictions et ne redoublent leur zèle contre la syphilis chez les géniteurs.

La répercussion de l'hérédo-syphilis sur la criminalité juvénile est, d'après les auteurs, évidente. On voit les conséquences de cette constatation qui fait de l'enfant criminel plus un malade qu'un délinquant.

Il faut féliciter les auteurs d'un travail consciencieux, scientifiquement construit et qui sera lu avec un égal intérêt par les syphiligraphes et les sociologues.

Clément Simon.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

HYPERTHYROIDIE ET PHANÈRES

NOUVELLES ÉTUDES DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE

Par Paul SAINTON et Henri SIMONNET

Dans une série de recherches poursuivies avec différents collaborateurs et exposées dans cette revue (1), l'un de nous a montré l'intérêt que présente l'hyperthyroïdisation des gallinacés et du lapin pour l'interprétation des troubles du système pileux provoqués chez l'homme par l'hyperthyroïdie.

Ces premières recherches demandaient à être complétées.

Les questions que nous nous sommes efforcés de résoudre par une nouvelle expérimentation sont les suivantes :

1° *L'action de l'hyperthyroïdisation sur les plumes des gallinacés est-elle spécifique, peut-elle être obtenue sans modification de l'état général?*

2° *Quelle est l'action comparative des extraits thyroïdiens humains normaux et pathologiques sur le plumage ?*

3° *Est-il possible chez les animaux d'exalter ou d'inhiber les effets de l'hyperthyroïdisation sur le plumage ou le système pileux ?*

4° *Les résultats de l'expérimentation sont-ils d'accord avec les données de la dermatologie humaine ?*

*
* *

I. — *L'action de l'hyperthyroïdisation chez les gallinacés est-elle spécifique ? Peut-elle être obtenue sans modification de l'état général ?*

(1) *Annales de Dermatologie*, 6e série, t. X, no 1, janvier 1929.

Il est incontestable que, seul des extraits de glandes endocrines, l'extrait thyroïdien ingéré à haute dose est capable d'amener la chute et le blanchiment des plumes chez les gallinacés. Toutes les tentatives faites avec d'autres extraits, extrait surrénal, extrait d'hypophyse totale, extrait testiculaire, extrait ovarien, extrait thymique, extrait pancréatique n'ont amené aucun résultat analogue.

Les modifications du plumage peuvent être obtenues avec des doses quotidiennes, de 0 gr. 10 à 0 gr. 30 d'extrait thyroïdien, sans que les animaux subissent une diminution de poids. L'ingestion peut être prolongée pendant des mois, le blanchiment et la chute des plumes surviennent plus lentement, mais elles ont la même topographie que chez les animaux soumis à une hyperthyroïdisation massive. Ce résultat est obtenu sans altération de l'état général et sans trouble apparent de la ponte.

*
* *

II. — *Quelle est l'action comparative des extraits* (1) *thyroïdiens humains normaux et pathologiques ?*

a) L'ingestion d'extrait de corps thyroïde humain normal produit sur le plumage des gallinacés les mêmes effets que l'extrait de corps thyroïde animal comme en témoigne l'expérience suivante :

Une poule de 450 grammes soumise à l'ingestion d'extrait thyroïdien humain sec, contenant 207 milligrammes d'iode p. 100, pendant une période de 17 jours présenta dès le 6e jour du blanchiment des plumes qui se poursuivit normalement. L'animal prit en tout 6 gr. 50 d'extrait thyroïdien. Il succomba le 32e jour après avoir perdu le tiers de son poids.

b) Pour rechercher les réactions provoquées par les extraits thyroïdiens pathologiques, nous avons fait ingérer à des poules des extraits de goitre simple et de goitre exophtalmique enlevés chirurgicalement. Ces extraits provenaient de sujets différents ; nous avons eu soin de faire le dosage en iode à chacun des extraits

(1) V. P. Sainton, Simonnet et Barbé. Action comparée des extraits de glande thyroïde de basedowiens et de goitreux sur le plumage des gallinacés. *Bulletin de la Société française de Dermatologie*, juin 1930.

employés ; par une coïncidence singulière la teneur moyenne en iode des deux groupes d'extraits était sensiblement voisine ; la teneur en iode des extraits de goitre simple était de 0,095 et celle des extraits de goitre exophtalmique de 0,90 ; les chiffres extrêmes de cette teneur dans les deux catégories étaient identiques.

Or l'ingestion d'extrait de goitre simple n'amena aucune modification autre qu'une diminution de la dimension et de l'éclat des



Fig. 1. — Action de l'extrait de goitre exophtalmique.

plumes. La dose employée fut de 0 gr. 20 à 0 gr. 60 d'extrait sec par jour, l'ingestion totale fut de 33 gr. 50.

L'ingestion d'extrait de goitre exophtalmique à la dose quotidienne de 0 gr. 40, à la dose totale de 20 gr. 30, produisit des modifications du plumage identiques à celles obtenues par l'ingestion d'extrait de corps thyroïde normal, comme le montre la figure 1 ci-jointe.

Il résulte de ces expériences : 1° que la teneur en iode de l'extrait

ne paraît jouer aucun rôle dans la provocation des troubles phanériens ; 2° que les réactions des gallinacés sont les mêmes avec l'extrait thyroïdien normal et l'extrait de corps thyroïde basedowien, argument très important en faveur de la doctrine de l'hyperthyroïdisme, comme cause du goitre exophtalmique et contre la théorie du dysthyroïdisme comme facteur de ce syndrome.

*
* *

III. — *Est-il possible chez les animaux d'exalter* (1) *ou d'inhiber les effets de l'hyperthyroïdisation sur le plumage ou le système pileux ?*

Des essais nombreux ont été tentés en associant l'ingestion de différents extraits ou d'autres substances à celle de l'extrait thyroïdien, ou en associant l'injection de thyroxine à l'injection d'adrénaline. Trois expériences sont concluantes : les deux premières concernent l'exaltation, la troisième l'inhibition.

a) Chez le gallinacé, une sommation considérable des troubles du plumage est obtenue, si on fait ingérer à l'animal à la fois de l'extrait thyroïdien et de l'extrait surrénal. Les doses employées chez un animal de 2 kgr. 500 furent de 0 gr. 40 d'extrait thyroïdien et de 0 gr. 10 d'extrait surrénal *pro die*, amenant au 12e jour le déplumage subit et quasi-total de toute la partie postérieure de l'animal, la chute des plumes des ailes et de la queue (v. fig. 2). Il succomba deux jours après.

Ainsi donc il y a une sommation de l'action de la thyroïde sur les phanères par l'extrait surrénal.

b) Le système pileux est beaucoup plus résistant chez le lapin à l'action des extraits thyroïdiens ou de la thyroxine synthétique que le plumage chez la poule.

Dans une expérience antérieure, il nous avait fallu injecter dans le péritoine d'un animal de 2 kgr. 700 une dose d'extrait délipoïdé

(1) P. Sainton, H. Simonnet et P. Barbé. L'action sur les phanères de la sommation thyrosurrénale ou thyroxiadrénalinique. *Bulletin de la Société française de Dermatologie*, juin 1930.



Fig. 2. — Sommation taxiadrénalinique sur le plumage.

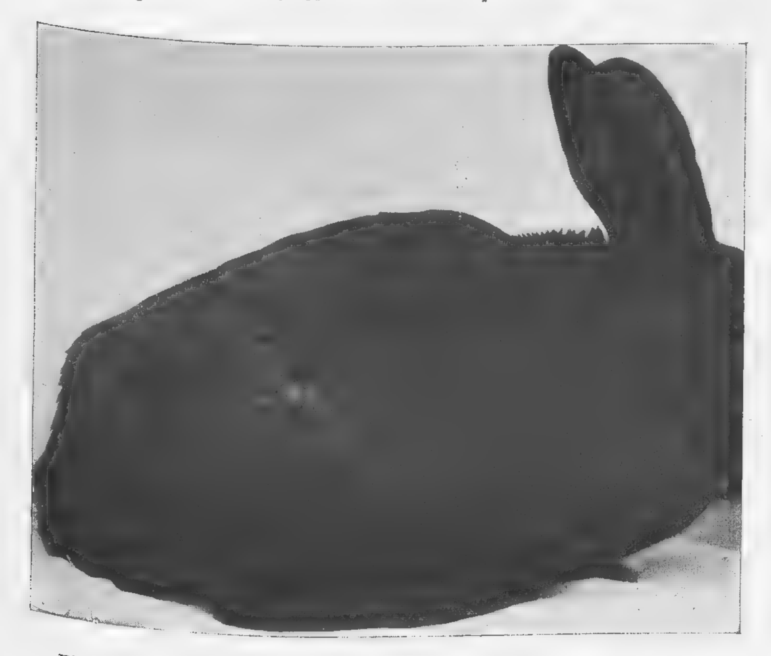


Fig. 3. — Sommation thyraxiadrénalinique sur le système pileux.

correspondant à 800 gr. 50 de glande fraîche, pour obtenir une plaque alopécique, de la chute et du blanchiment des poils au bout de près d'un an.

Cette fois, nous eûmes recours à l'injection simultanée de thyroxine sous-cutanée et d'adrénaline intramusculaire ; l'injection totale de 11 mgr. 5 de thyroxine synthétique et de 11 mgr. 5 d'adrénaline suffit pour provoquer en 46 jours de la canitie par plaques et un blanchiment généralisé de la racine des poils donnant à l'animal une teinte rousse. La sommation thyroxiadrénalinique agit donc sur le système pileux de même que la sommation toxiadrénalinique sur le plumage. Il y a parallélisme absolu entre les résultats obtenus.

c) D'autre part, l'un de nous avec l'ingestion (1) de sang de cheval éthyroïdé (hémato-éthyroïdine) a pu obtenir l'inhibition de l'extrait thyroïdien sur les phanères. Le cas le plus démonstratif fut observé dans les conditions suivantes : 88 grammes d'extrait thyroïdien et d'hémato-éthyroïdine furent ingérés en même temps pendant 88 jours. Aucune modification du plumage ne fut observée.

*
* *

Les résultats de l'expérimentation sont-ils d'accord avec les données de la dermatologie humaine ?

Dans une statistique récente publiée au Congrès de Liège et portant sur 186 malades atteints d'hyperthyroïdie, l'un de nous a montré que les troubles du système pileux se sont rencontrés dans 80 cas, c'est-à-dire dans 40 p. 100 des cas. Ils sont de même ordre que les troubles obtenus chez les animaux par l'hyperthyroïdisation expérimentale, chute diffuse des cheveux ou du système pileux, chute en plaques, blanchiment en aires des cheveux (mèche basedowienne), de la barbe, des sourcils et des cils ou blanchiment généralisé, coexistence possible avec le vitiligo. Ils coexistent avec le goitre exophtalmique le plus accentué ou l'hyperthyroïdie la plus fruste.

(1) P. Sainton. L'inhibition de l'action de l'extrait thyroïdien sur les plumages des gallinacés par l'hémato-éthyroïdine. *Bulletin de la Société française de Dermatologie*, juin 1930.

Chez l'homme comme chez les animaux, les poils repoussent le plus souvent, mais le blanchiment reste définitivement acquis. Dans un certain nombre de cas, ce blanchiment est nettement en rapport avec une poussée d'hyperthyroïdisme, dans d'autres cas celui-ci est tellement fruste qu'il demande à être cherché et peut être révélé par des modifications du métabolisme basal, comme l'ont montré Juster et Lévi-Frænckel, Alvarez, Sainz de Aja et Pryon Prat.

Enfin les modifications du plumage peuvent être inhibées par l'hémato-éthyroïdine ; ces résultats sont en concordance avec les travaux de Sabouraud qui a bien mis en relief l'influence heureuse de l'hémato-éthyroïdine et de la radiothérapie du corps thyroïde dans la pelade et la chute diffuse des cheveux.

Une dernière conclusion s'impose, c'est que la constatation de sommation thyroxiadrénalinique contre-indique l'emploi de l'adrénaline dans la pathologie basedowienne, elle est en faveur de la théorie qui admet dans les cas d'hyperthyroïdisme une intervention de la glande surrénale.

L'ACHROMIE, QUI APPARAIT SOUS L'ACTION DES RAYONS ULTRA-VIOLETS DU SOLEIL SUR LE PITYRIASIS VERSICOLOR, EST-ELLE PARASITAIRE OU POST-PARASITAIRE ?

Avec quatre figures dans le texte.

Par E. W. KISTIAKOWSKY
Kieff, Ukraine.

MM. Gougerot, Joyeux, Burnier, Blum, Meyer et Saïdmann (1) ont présenté à la séance du 14 novembre 1929 de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie plusieurs malades, qui étaient atteints d'achromie parasitaire : la dépigmentation se produit sous l'action du soleil sur les places où siègent les taches de *Pityriasis versicolor*.

Partant de leurs observations les auteurs établissent une forme atypique achromiante de *Pityriasis versicolor* blanc, qui diffère du *Pityriasis versicolor* brun ordinaire et qui existe sous deux formes cliniques : une blanche pityriasique, l'autre érythémato-squameuse et circinée. L'achromie semble vraie et non pas une pseudo-achromie par contraste avec la peau brune environnante. L'épidermomycose a une action antipigmentaire évidente ou plutôt une action protectrice.

Ainsi selon ces auteurs l'épidermomycose provoque l'achromie non seulement par des causes mécaniques (action protectrice), mais aussi à cause de ses propriétés biologiques (action antipigmentaire).

Ma conception (2) sur l'origine de cette achromie est tout à fait différente de celle de Gougerot.

Sous l'action des rayons ultra-violets du soleil et de la lumière

électrique (la lampe de quartz), la peau rougit d'abord, puis se pigmente. Les parties de la peau couvertes de taches de *Pityriasis versicolor* ne rougissent pas d'abord, ne changent pas leur teinte de jaune-brun et on observe sur elles l'exfoliation ordinaire. Mais en quelques jours l'exfoliation augmente, la tache perd sa couleur ordinaire et devient d'un rose plus clair avec une nuance jaunâtre. En 2-3 semaines l'exfoliation s'achève presque sur toute la tache, les squames restent seulement sur sa périphérie et forment autour d'elle une bordure festonnée. Quelque temps après même ces squames disparaissent et la tache devient tout à fait lisse et par sa couleur rappelle la teinte blanche de la peau saine, qui n'a pas subi l'action du soleil. On peut s'en convaincre facilement, si l'on compare la coloration des taches achromiques avec la peau saine à l'aide du tableau chromatique de Broca.

Enfin on obtient une couleur négative de la peau : sur un fond plus ou moins foncé se distinguent nettement des taches blanches, qui par leur forme et leur siège (le cou, le dos, la poitrine, les épaules et rarement le visage), correspondent exactement aux taches primitives de *Pityriasis versicolor.* Si le malade est soumis à l'insolation demi-vêtu, on observe alors sur les parties de la peau recouvertes de vêtements le tableau ordinaire du *Pityriasis versicolor* — une coloration positive : sur un fond clair des taches brunes.

L'exfoliation cesse graduellement lorsque disparaît la cause qui la provoque. *Malassezia furfur.*

Parallèlement avec le changement de la coloration des taches il arrive des modifications dans la morphologie et l'activité de la *Malassezia furfur.* Dans un premier temps, on trouve des spores et du mycélium dans les squames des taches. Chaque jour la quantité des spores diminue, puis elles disparaissent complètement et on trouve seulement le mycélium ; au bout de 3-4 semaines on ne parvient à trouver ni spores, ni mycélium.

La disparition des spores et puis du mycélium commence du centre de la tache et s'étend graduellement vers sa périphérie. Ce phénomène s'explique par la diminution de la vitalité de la *Malassezia furfur* dans le centre de la tache, où le parasite est plus vieux, plus exténué, que sur la périphérie.

Tel est le processus de guérison de la tache de la *Malassezia*

furfur. Si toute la surface du corps est soumise à l'insolation, le malade guérit complètement du *Pityriasis versicolor*, certainement jusqu'à une nouvelle infection. On observe souvent une récidive partant des bords de la tache achromique où un parasite plus jeune, plus capable de vivre s'est conservé. Je crois donc que lorsqu'on observe une éruption achromique du visage, le malade n'a en réalité aucun *Pityriasis versicolor*, ni brun, ni blanc, il n'a ni spores, ni mycélium. Et les deux formes cliniques décrites par Gougerot sont seulement des stades différents de l'évolution de la maladie, des stades de la guérison du malade atteint de *Pityriasis versicolor*. Une forme blanche pityriasique est un stade transitif entre la tache brune et le placard achromique. Une forme érythémato-squameuse et circinée d'après mes observations se rencontre chez des malades qui ont été soumis à l'insolation antérieurement et chez qui les placards achromiques avec bordure festonnée se sont formés ; la *Malassezia furfur*, qui s'est conservée dans cette bordure festonnée, commence à s'étendre dans deux directions et forme un cercle. *On peut dire avec conviction, que dans la nature il n'existe pas de* Pityriasis versicolor *blanc*.

Le schéma décrit par moi des changements de la couleur des taches et de l'activité de *Malassezia furfur* varie beaucoup et dépend de la fréquence et de la durée des séances d'insolation. Quelquefois dans une plaque blanche on peut trouver encore une petite quantité de mycélium.

Chez les Européens le *Pityriasis versicolor* siège très rarement sur le visage. Il est probable que les ablutions fréquentes et une immunité locale empêchent le parasite de croître. Mais ce qui est encore plus probable, c'est que ce sont les propriétés des rayons ultra-violets qui l'empêchent de croître.

Par conséquent un contraste si vif entre la coloration de la tache et la couleur de la peau saine apparaît après l'insolation estivale, diminue graduellement en automne et disparaît complètement en hiver, quand la peau pigmentée prend la teinte blanche ordinaire, qui correspond à la couleur de la tache.

La coloration de toute la peau redevient pareille.

J'ai éclairé les taches achromiques avec la lampe de quartz et elles rougissaient, se pigmentaient et par leur teinte devenaient pareilles à la peau foncée environnante.

Dans les spores de la *Malassezia furfur* se trouve un pigment jaunâtre, qui réfracte fortement les rayons du soleil. Ces spores, le mycélium et les squames jouent le rôle de filtre et arrêtent les rayons ultra-violets.

Il s'ensuit donc que l'insolation tue la *Malassezia furfur* et guérit le malade du *Pityriasis versicolor*, tandis que le parasite protège la peau de l'insolation.

Adressons-nous aux données de la mycologie.

Il est certain que la *Malassezia furfur* provoque certaines modifications dans les couches supérieures de l'épiderme, mais ces modifications sont tout à fait insignifiantes.

Si nous anéantissons par des moyens parasiticides la *Malassezia furfur* et si nous éloignons par des moyens desquamatifs les écailles, les spores et le mycélium, nous pourrons à peine distinguer les régions atteintes de la peau saine. Il est évident que dans les conditions normales la *Malassezia furfur* ne possède aucune propriété dépigmentante.

La coloration des taches de *Pityriasis versicolor* dépend des conditions physiques et non biologiques.

La couleur foncée normale des taches chez les malades de la race blanche, atteints de *Pityriasis versicolor* dépend principalement de la coloration d'un jaune-brun du mycélium et des spores de *Malassezia furfur* qui absorbent une plus grande quantité de rayons de lumière qu'une peau normale est moins colorée.

Chez les nègres les placards de *Pityriasis versicolor* ont (selon Pusey) une coloration grisâtre. Dans ce cas aussi la couleur plus claire des placards s'explique aussi non seulement par la coloration plus claire du pigment des spores et du mycélium, mais par la présence de squamules qui absorbent moins de rayons de lumière que la peau noire lisse, normale, brillante.

Gougerot pense que *Malassezia furfur* commence à manifester des propriétés de dépigmentation lors de l'insolation.

J'ai noté les phénomènes qu'on observe dans la morphologie du champignon sous l'influence des rayons ultra-violets. La cessation de la fructification est le premier signe de la diminution de la vitalité du parasite.

Le parasite dont la vitalité a diminué, pourrait-il produire ces substances acidifiantes, qui possèdent des propriétés dépigmentan-

tes et qu'il ne pouvait pas produire pendant son activité normale?

Rappelons-nous la vieille expérience classique de Finsen : il avait couvert la peau du malade de morceaux de papier et l'éclairait alors avec des rayons ultra-violets. La peau couverte de papier ne changea pas d'aspect et resta blanche, la peau non couverte rougit, puis se pigmenta.

Cette expérience confirme mon opinion sur le mécanisme de la formation des taches achromiques.

Gougerot compare cette achromie à la leucomélanodermie syphilitique du cou. Cette comparaison ne me paraît pas justifiée, parce que, dans la leucomélanodermie, des changements histologiques ont lieu dans la peau et on n'observe pas d'exfoliation. Avec cela la leucomélanodermie se localise sur la partie couverte de la peau, qui n'a pas subi l'action de l'insolation.

L'analogie de Gougerot par rapport à la parakératose (l'exfoliation, l'insolation) est plus admissible.

Le mécanisme, qu'on pourrait nommer filtrant, de l'origine de cette achromie peut être observé aussi pendant l'insolation de différentes dermatoses exfoliantes. Almquist, Mestchersky, moi et d'autres auteurs, nous avons tous observé des taches achromiques analogues sur la face dans l'eczéma séborrhéique, sur le tronc, dans le Pityriasis rosé de Gibert et dans la trichophytie.

En U. R. S. S. on rencontre souvent des malades atteints de *Pityriasis versicolor*. Dans ces derniers temps, la mode des bains de soleil est très en vogue. C'est pourquoi j'ai eu l'occasion d'observer à partir de 1923 au Turkestan et en Ukraine plus de 100 malades atteints de cette achromie. J'ai rencontré plusieurs cas de forme circinée.

Me basant sur mes observations j'affirme, que les taches achromiques apparaissent à cause de l'action protectrice et filtrante de la *Malassezia furfur* et non sous l'influence de ses propriétés dépigmentantes biologiques.

Cette achromie n'est pas une maladie. C'est en réalité une pseudo-achromie par contraste avec la peau brune environnante et non une vraie achromie. Son apparition est un signe de la guérison de la maladie et de la disparition des parasites.

C'est pour cette raison qu'on ne peut pas nommer l'achromie parasitaire *Pityriasis versicolor* blanc.

Sa désignation correcte serait : *Pseudo-achromie post-parasitaire.*

Par sa conférence Gougerot a ressuscité la question, qui a une longue histoire.

Déjà en 1908, S. Ehrmann (3) a décrit pour la première fois une achromie de la peau chez un malade, qui souffrait de *Pityriasis versicolor* et a bien expliqué le mécanisme physique et non biologique de son origine.

Son élève Wertheim (4) a confirmé les thèses de son maître. A part des observations cliniques sur le *Pityriasis versicolor*, Wertheim a étudié la formation de taches achromiques d'une façon expérimentale. Il a exposé les malades atteints de *Pityriasis versicolor* à la lampe de quartz et a observé alors les changements de la couleur de la peau, décrits par moi ci-dessus, et la disparition graduelle de la *Malassezia furfur*. Il a aussi exposé à cette lampe les taches achromiques blanches ; il a trouvé que d'abord elles rougissent, puis se pigmentent et qu'enfin leur couleur devient pareille à la couleur brune de toute la peau.

Certains auteurs allemands partagent l'opinion de Gougerot.

Stein (5), en observant les taches achromiques a trouvé la *Malassezia furfur* dans ces dernières et a nommé cet état de la peau, *Pityriasis versicolor alba.* Il paraît qu'il a observé ces deux cas lorsque la période de l'exfoliation n'était pas encore terminée et qu'on pouvait trouver dans les squames des spores et du mycélium.

Polland (6) pense que le parasite par ses produits de métabolisme empêche une formation régulière du pigment. C'est pourquoi les taches achromiques se pigmentent difficilement lorsqu'on les insole et en général perdent le pigment plus vite que la peau saine environnante. De cette façon Polland établit une dépendance entre l'apparition des taches achromiques et les propriétés biologiques du parasite. Son opinion coïncide avec la formule de Gougerot : il faut une dose beaucoup plus forte pour rougir, puis pigmenter l'épiderme infecté, que pour rougir, puis pigmenter la peau saine environnante.

Et cependant Wertheim et moi nous avons exposé à la quartzlampe les taches achromiques et nous les avons vues rougir vite et se pigmenter vite.



Fig. 1. — Achromie parasitaire. Pardo-Castello.



Fig. 2. — Achromie parasitaire. Pardo-Castello.

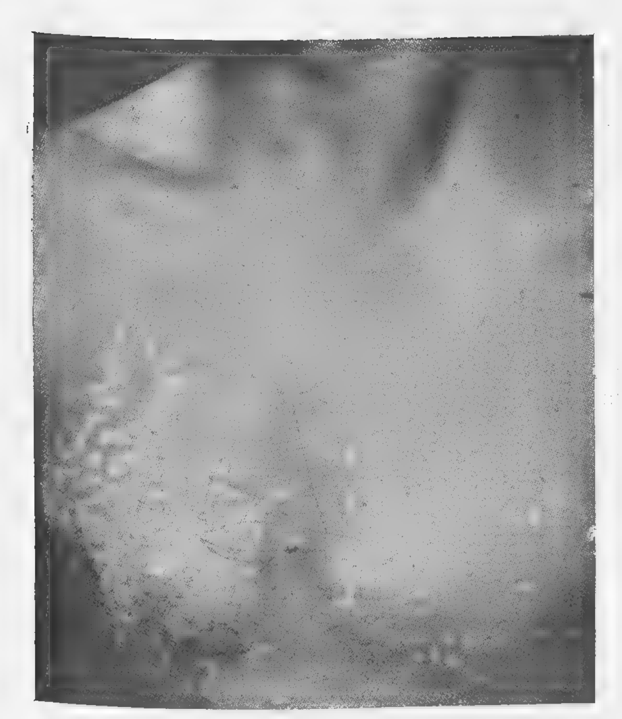


Fig. 3. — Achromie postparasitaire. Kistiakowsky.



Fig. 4. — Achromie postparasitaire. Kistiakowsky.

Comment expliquer une telle contradiction entre les observations faites par Polland et Gougerot et celles faites par moi et Wertheim ?

Je pense que cette différence d'opinion dépend des degrés de la pigmentation de la peau saine et de la couleur des taches achromiques, du degré de la réaction de la peau et de la quantité des rayons ultra-violets.

Plus la peau saine est blanche et les taches de *Pityriasis versicolor* plus foncées, d'autant plus longtemps et plus fortement il faudra les éclairer pour obtenir une coloration identique de toute la peau. Et au contraire plus la peau saine est pigmentée et les taches plus blanches, d'autant moins de temps et moins de rayons ultra-violets il faudra pour obtenir le même résultat.

Chez des malades différents ces phénomènes sont divers.

Il est clair, que cela donne lieu à des observations et à des conclusions contradictoires de celles de Gougerot, Wertheim et autres.

La question du mécanisme de la formation des taches achromiques qui paraissent sous l'action des rayons ultra-violets sur la place des taches de *Pityriasis versicolor* est d'une portée plus étendue, que cela ne pourrait paraître d'abord. On en peut dire autant et du mécanisme de l'anéantissement de la *Malassezia furfur* et de celui de la guérison du *Pityriasis versicolor* sous l'action des rayons de soleil.

Il semble que des processus analogues en ce qui concerne la formation des taches achromiques et de la guérison se laissent observer dans les différentes dermatomycoses des pays tropicaux.

Jeanselme (7) a observé en Indo-Chine une dermomycose achromique. Le parasite, qui la provoque, ressemble à celui de la *Malassezia furfur*, mais diffère par certaines particularités morphologiques du mycélium et des spores (1). L'opinion de Gougerot contredit cette observation de Jeanselme, parce que Gougerot croit la forme européenne de la *Malassezia furfur* identique à celle des pays tropicaux. Cette mycose est très peu visible pendant les saisons froides de l'année, mais pendant les saisons chaudes elle se détache très nettement sous l'aspect de taches achromiques. D'abord les

(1) Je suis heureux de pouvoir exprimer ici à M. l'honoré professeur E. Jeanselme ma profonde reconnaissance pour l'aimable lettre, qu'il m'a écrite en 1927 à ce sujet.

taches sont couvertes de squames, puis les squames se conservent seulement sur leur bordure en formant un feston facile à détacher. Sur certaines taches achromiques on n'observe aucune trace d'exfoliation.

Le tableau clinique de l'achromie de Jeanselme correspond tout à fait à ma description jusqu'aux moindres détails, comme par exemple le feston autour de la tache blanche. Il est vrai que Jeanselme n'a pas établi de succession et de relation entre la disparition des squames, la disparition du parasite et la formation des taches achromiques. Il pense que le parasite provoque par ses propriétés biologiques la dépigmentation. C'est pour cette raison qu'il nomma la maladie, qu'il observait, achromie parasitaire de la face et du cou à recrudescence estivale.

Il faut noter que d'après Jeanselme les taches achromiques siègent sur le cou, la face et la partie supérieure du tronc, c'est-à-dire sur les régions du corps soumises pendant l'été à une forte insolation.

J'ai rencontré au Turkestan, pour la première fois, des indigènes présentant des taches achromiques sur le cou et la partie supérieure du tronc. Comme je ne connaissais pas encore les travaux de Jeanselme et de Wertheim, je fus aussi d'avis que j'avais affaire à une dermomycose tropicale, qui provoque la dépigmentation de la peau. Le tableau clinique était si en faveur de cette opinion, que d'abord je n'eus aucun doute. Pour arriver à mes conclusions actuelles, que je crois vraies et dont je parle ci-dessus, il m'a fallu faire une longue étude microscopique et clinique de la maladie ainsi que des recherches de littérature à ce sujet.

Pardo-Castello et Dominguez (8) ont décrit l'achromie parasitaire chez les habitants de l'île de Cuba. La maladie se manifeste d'abord par l'apparition de taches légèrement inflammatoires et furfuracées sur la face et sur la partie supérieure du tronc et des extrémités supérieures. Selon Pardo-Castello ces traits caractéristiques ont pendant quelque temps amené à considérer cette maladie comme une séborrhée sèche, la séborrhéide des Français. Graduellement les taches se desquament, deviennent polies et prennent la nuance blanc sale, qui diffère nettement de la couleur foncée de la peau des nègres, des mulâtres et des blancs.

En cultivant les écailles grattées, Pardo-Castello a pu faire croître

le parasite seulement des taches fraîches. Le parasite appartient au genre *aspergillus* et il est possible aussi à *Aspergillus flavus.*

Pardo-Castello suppose que la maladie qu'il décrit est parasitaire et qu'elle est provoquée par l'*Aspergillus.* Il ne dit pas exactement de quoi dépend la dépigmentation mais la désignation même de la maladie — *achromia parasitaria* — indique les propriétés biologiques dépigmentantes de l'agent supposé de la maladie.

La question de la pathogénèse de l'*Aspergillus* ne m'intéresse pas. Peut-être est-ce un saprophyte semblable au *Penicillium glaucum* et *Cladosporum species*, que j'ai cultivés avec les squames des taches de mes malades. Je trouve important de constater que les taches achromiques paraissent sur les places où il y avait des taches furfuracées (les squames de l'épiderme, la présence des parasites) sur la région de la peau soumise à l'insolation et qu'il n'y avait sur ces placards blancs ni squames ni parasites. Toutes ces données mènent à la conclusion que le mécanisme de l'origine des taches achromiques n'est pas biologique, mais physique (le filtre) (1).

J'insère des figures tirées du travail de Pardo-Castello et du mien. Faites attention à la grande ressemblance entre les figures 1 et 3 et entre les figures 2 et 4.

Il serait à désirer que Pardo-Castello soumit ses malades pendant qu'ils passent les différents stades du processus morbide à l'action des rayons ultra-violets.

Castellani (9) a décrit la dermatose furfur tropicale, qui est provoquée par l'*Epidermophyton rubrum* et *Trichophyton macfadyenii* et la *nomma tinea alba.* Cette dermatose se localise sur les bras, les jambes et la poitrine. Et dans ce cas aussi il y a des raisons logiques (la présence des squames et le mycélium, la localisation, l'insolation) pour faire une conclusion sur le mécanisme filtrant de la formation des taches achromiques de la *tineca alba.*

(1) En 1930, M. le Prof. Pardo-Castello a eu l'amabilité de me communiquer ses récentes observations. Il a trouvé le mycélium dans la couche cornée et dans les tissus des taches achromiques, situées sur le ventre et la poitrine et non soumises à l'insolation. Ces observations ne contredisent nullement mes conclusions, tirées de ses observations précédentes.

Une étude ultérieure est nécessaire pour l'élucidation des questions discutables.

Je profite de cette occasion pour exprimer ma gratitude sincère au bien honoré M. le prof. Dr Pardo-Castello pour son aimable permission de reproduire ses figures dans mon travail.

En lisant le travail de Fox (10) sur la *Caraté (pinta)* il devient difficile de ne pas se laisser entraîner par la pensée, que l'insolation joue un certain rôle dans l'apparition des taches achromiques. Il est vrai qu'on n'a pas trouvé de parasites et que les modifications histologiques de la peau sont suffisamment exprimées. Mais néanmoins l'exfoliation primitive des taches, leur localisation sur les parties du corps découvertes, soumises à l'inoculation, toutes ces données confirment la supposition que j'ai émise.

Je ne cite plus les autres auteurs, quoiqu'on pourrait en citer un grand nombre. Je suppose que les médecins qui travaillent dans la zone tropicale pourraient confirmer mes données. Ils pourraient prouver qu'il n'y a pas de parasites dans les taches achromiques (les cas de Jeanselme et de Castellani) et rendre la coloration des taches pareille à la couleur de la peau environnante par l'action des ultra-violets.

Résumé

1. *Malassezia furfur* périt sous l'action des rayons ultra-violets ; ce sont les spores qui disparaissent d'abord puis le mycélium.

2. L'exfoliation cesse grâce à l'anéantissement du parasite qui la provoque.

3. Les squames épidermiques, le mycélium et les spores filtrent les rayons ultra-violets, protègent la peau du hâle et provoquent la formation des placards (pseudo-achromie par contraste).

4. Par conséquent des propriétés physiques et non biologiques sont la cause de l'apparition de placards blancs.

5. Il n'existe pas de *Pityriasis versicolor* blanc dans la nature.

6. La désignation correcte de l'état décrit de la peau (et non de la maladie) serait pseudo-achromie postparasitaire.

7. On rencontre dans les pays tropicaux beaucoup de cas de maladies parasitaires ayant un caractère achromique. Il semble que le mécanisme de l'origine de ces achromies est d'un caractère physique et non biologique. Ce problème exige encore une étude sérieuse.

Février 1930.

LITTÉRATURE

1. Gougerot, Joyeux, Burnier, Blum, Meyer et Saïdman. — Achromies « parasitaires » ou mieux épidermomycoses (*Pytiriasis versicolor*) achromiantes. Action décolorante, action antipigmentaire protectrice des épidermomycoses ou mieux différence de résistance à la pigmentation. *Bull. de la Soc. fr. de Derm et Syph.*, 1929. n° 8, p. 1027.
2. Kistiakovsky. — Pityriasis versicolor and ultra-violet rays. Achroma cutis postparasitaria. *Arch. of Dermat. and Syph.*, 1927, June, p. 685.
3. Cit. Wertheim.
4. Wertheim — Ueber Lichtwirkung und Leucoderma bei Pityriasis versicolor *Derm. Zeitschr.*, 1923, Juni.
5. Cit. Wertheim.
6. Polland. — Kann das Hautpigment durch Pityriasis versicolor beeinflusst werden. *Derm. Zeitschr.*, 1926, Bd. 49, n° 3, cit. *Derm. Wochenschr.*, 1927, Febr. S. 206.
7. Jeanselme. — Achromie de la face et du cou à recrudescence estivale. *Cours de Dermatologie exotique*, 1904, p. 239.
8. Pardo Castello and Dominguez. — Achromia parasitaria. *Arch. of Derm. and Syph.*, 1924. January, p. 82.
9. Cit. Pardo-Castello.
10. Fox. — Carate (pinta) as observed in Columbia South America. *Arch. of Derm. and Syph.*, 1928. November, p. 673.

SUR LA BACTÉRIOLOGIE DE L'IMPÉTIGO BULLOSA ET DU PEMPHIGOÏDE

Par PAUL BALOG (de Budapest)
Hôpital italien « Umberto I », Le Caire (Section de médecine interne. Directeur : Prof. A. Mochi)

Les ouvrages fondamentaux de Jadassohn ont démontré que le pemphigus épidémique, c'est-à-dire le pemphigoïde des nourrissons et des petits enfants, est une infection produite par le staphylocoque doré. Lewandowski a décrit aussi une forme spéciale d'impétigo également due au staphylocoque, qui se rencontre chez l'adulte; mais les formes d'impétigo d'origine staphylococcique peuvent toujours être distinguées cliniquement de celles provoquées par le streptocoque et se rapprochent beaucoup du pemphigoïde.

Pockels a observé dans un asile d'enfants une épidémie qui frappa 70 individus. Par une série de recherches très complètes, il a pu démontrer que les staphylocoques trouvés dans le pemphigoïde sont identiques à ceux qui provoquent les autres pyodermites : il n'a constaté aucune différence ni dans les cultures, ni dans les propriétés biologiques, ni dans les expériences sur les animaux.

Eberson a décrit un microorganisme qu'il considère comme nouveau : il s'agirait de gros diplocoques Gram-positifs, qu'il appelle *bacterium pemphigi* et qu'il affirme avoir cultivés. Nagell et Felke auraient relaté, suivant ce même auteur, deux cas analogues dans lesquels ils auraient réussi à cultiver les diplocoques non seulement des vésicules, mais aussi du sang circulant. Richter a eu les mêmes résultats dans cinq cas.

Van Der Valk a observé deux nourrissons, jumeaux, dont l'un présentait un pemphigoïde, tandis que l'autre était atteint d'une dermatite exfoliative de Ritter. Probablement les deux jumeaux avaient été infectés par un frère plus âgé, atteint d'impétigo. L'un des deux nourrissons infecta sa nourrice, chez laquelle un *impetigo*

bullosa se développa. Aussi bien dans les lésions cutanées des jumeaux que dans celles de la nourrice, il put démontrer la présence de gros diplocoques Gram-positifs en culture pure. De même, Imré, au cours d'une épidémie de pemphigoïde, trouva dans le contenu des vésicules de 50 enfants atteints ces gros diplocoques Gram-positifs, extracellulaires et intracellulaires. La communication de cet auteur est très intéressante, car dans les cultures de ces cas il trouva sans exception le staphylocoque doré. Suivant Imre, l'*impetigo bullosa* et le pemphigoïde affectent des rapports très étroits. En effet, dans l'épidémie en question, l'infection pénétra dans la crèche avec un enfant atteint d'impétigo et de pneumonie en même temps ; d'autre part, la maladie cutanée se manifesta chez quelques nourrissons sous la forme du pemphigoïde, chez d'autres sous celle de l'impétigo ; le médecin traitant et la garde-malade furent atteints eux aussi par un impétigo de la matrice des ongles. Castellani et Chalmers décrivent, dans leur *Manual of tropical medicine* des altérations cutanées qu'ils appellent *pyosis Mansoni* et *pyosis Corletti*, mais que nous pouvons sans autre classer dans le groupe de l'*impetigo bullosa* et du pemphigoïde. Dans les vésicules de ces deux maladies, ils ont trouvé des gros diplocoques Gram-positifs ; mais dans les cultures il se développa toujours de l'*aurococcus mollis* (*staphylococcus aureus*).

Le pemphigoïde et l'*impetigo bullosa* sont fréquents en Egypte et la flore bactérienne de leurs vésicules est assez caractéristique. J'ai confiance que l'étude du matériel recueilli dans ce pays puisse aider à éclaircir quelques-unes des questions en suspens.

Les pyodermites frappent, en Egypte, presque toujours les classes les plus pauvres de la population. Rien d'étonnant en cela. Il est difficile de se faire une idée de la saleté où vivent certains pauvres diables dans ce pays. Habillés de quelques haillons, jamais lavés, ils sont entourés de mouches qui pullulent autour des yeux et des lèvres et qu'ils ne pensent même pas à chasser, habitués qu'ils sont à les tolérer dès l'enfance. C'est probablement aux mouches qu'est due la grande diffusion de l'*impetigo bullosa* et du pemphigoïde, non seulement parmi les petits enfants, mais aussi chez les adultes. Pendant l'été, même les personnes qui vivent en bonnes conditions d'hygiène, sont fréquemment sujettes aux suppurations cutanées, à cause de la transpiration continuelle, provo-

quée par la chaleur et par l'humidité, qui dure près de six mois : la peau macérée favorise la pénétration des microorganismes, le relâchement des rapports normaux entre les cellules épithéliales rend plus facile la formation des bulles. Ce sont ces causes qui permettent la diffusion presque épidémique de l'*impetigo bullosa* et du pemphigoïde chez les Européens au début de l'été ; les pyodermites ne disparaissent qu'au commencement de la saison froide.

Ces affections reproduisent en général, en Egypte, le tableau clinique bien connu. Peut-être observe-t-on que dans l'impétigo les vésicules persistent longtemps, presque jusqu'à la fin de la maladie, et souvent ne donnent pas lieu à la formation de croûtes. Dans les endroits sujets au frottement et à la macération prolongée (aisselles, plis de l'aine, seins) on observe souvent la formation de groupes plus ou moins nombreux de vésicules. Celles-ci sont vite rompues ; il reste alors des taches arrondies et hypérémiques contournées d'un petit bord épithélial, à partir duquel l'épithélisation commence du nouveau et amène la guérison assez rapidement, souvent en quelques jours. L'hypérémie persiste pourtant assez longtemps, souvent pendant plusieurs semaines.

Dans les vésicules du pemphigoïde et de l'impétigo j'ai trouvé presque toujours des diplocoques. Ceux-ci sont en général des dimensions des staphylocoques, en forme de grains de café, c'est-à-dire aplatis à l'une de leurs surfaces. Dans les vésicules récentes ils sont contenus par groupes dans le protoplasme des leucocytes, encore bien conservés, d'où une ressemblance frappante avec les gonocoques. En général, ils sont présents en culture pure. Ce n'est qu'avec la méthode de Gram qu'on peut se convaincre qu'il ne s'agit pas de gonocoques. Le tableau microscopique est tellement caractéristique qu'au début j'ai pensé moi aussi être en présence d'un agent spécifique. Pourtant par-ci, par-là on observe, au milieu des diplocoques quelques individus isolés et arrondis et quelques petits groupes de trois-quatre individus.

Dans les vésicules moins récentes à cause de la formation du pus, les microorganismes sortent des leucocytes qui sont en train de se détruire et se trouvent dans le liquide. Ici ils conservent d'abord la forme en grain de café, mais bientôt les couples se détachent, les germes s'arrondissent, ils se multiplient tout en restant les uns

près des autres et donnent ainsi lieu à la formation de grappes typiques.

Nous insistons encore une fois sur le fait que dans les vésicules récentes on rencontre toujours les microorganismes sous la forme de diplocoques Gram-positifs intracellulaires ; c'est pourquoi on ne pense pas d'abord à une manière spéciale de se présenter du staphylocoque banal et on croit plutôt être en présence d'un germe spécifique nouveau. Mais cette transformation morphologique n'est pas permanente ; elle disparaît bientôt et les grappes caractéristiques réapparaissent.

Dans plus de 50 cas d'*impetigo bullosa* et de pemphigoïde nous avons obtenu des cultures, des vésicules, toujours avec le même résultat. Si la paroi de la vésicule était intacte, nous avons eu le

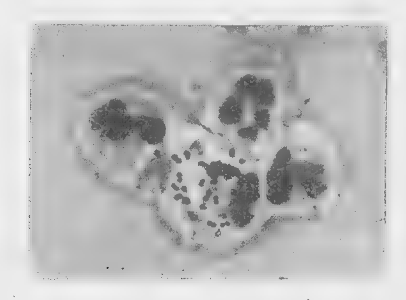


Fig. 1. — Staphylocoques en forme de diplocoques intra-cellulaires = grains de café. Coloration de Gram. Immersion à huile.

développement du staphylocoque doré en culture pure, aussi bien quand il s'agissait de vésicules récentes que quand celles-ci avaient vieilli. Nous avons comparé les cultures ainsi obtenues avec plusieurs souches de staphylocoques de différentes origines, sans jamais pouvoir trouver des différences dignes de mention. Nos germes se développaient dans le bouillon, dans l'eau peptonée, dans l'agar-agar et dans le sérum tout comme dans les autres ; ils liquéfiaient également la gélatine, ils produisaient l'hémolyse dans l'agar hématique, etc. Nous pouvons donc confirmer les résultats obtenus par Pockels dont nous avons parlé plus haut.

En conclusion : les vésicules du pemphigoïde et de l'*impetigo bullosa* contiennent toujours un germe qui dans les frottis obtenus directement du liquide apparaît sous la forme du diplocoque mais

qui donne lieu dans les cultures au développement du staphylocoque doré vulgaire. Les diplocoques qui apparaissent dans les frottis ne sont donc pas des germes nouveaux ; ils ne représentent qu'une manière spéciale de se présenter du staphylocoque. Nous nous associons ici complètement aux vues de Imre et Castellani.

Il est peut-être intéressant d'observer qu'en Egypte le staphylocoque se présente sous forme diplococcique non seulement dans les deux maladies cutanées mentionnées, mais aussi dans beaucoup de cas de suppuration (pleurésies, bronchites, périnéphrites, etc.). Il est assez fréquent de rencontrer les couples décrits soit seuls, soit en compagnie de grappes typiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pockels. — *Derm. Woch.*, 1928, n° 37.
2. Richter. – *Munchn med. Woch.*, 1927, n° 5.
3. Van der Valk. — *Derm. Zeitschr.*, 1928, Bd. 53, p. 668.
4. Imre. — *Budapesti Orvosi Ujság*, 1928, n° 8.
5. Castellani et Chalmers. — *Manual of trop. med.*

A PROPOS DE L'ARTICLE DU Dr BALOG

Les faits qui précèdent ayant été observés en Egypte peuvent être différents de ceux que nous observons ici. Il peut y avoir en Orient un impétigo bulleux dû au staphylocoque doré. Il faut cependant faire remarquer à l'auteur qu'il n'est pas question dans son travail de la culture semi-anaérobie, en bouillon sérum, dans l'effilure d'une pipette, maintenue pendant 10 heures à 39°, seule technique capable de démontrer le streptocoque dans l'impétigo, méthode qui a permis à Griffon, Balzer, Sabouraud, de prouver l'origine streptococcique de l'impétigo bulleux, en France, faits confirmés de même par Lewandowski, Milian, Montlaur, etc.

Il est à remarquer que, dans les bulles de l'impétigo, le streptocoque affecte la forme d'un fin diplocoque en bissac ce qui peut le faire méconnaître (il semble qu'on en voie trois dans la photo annexée dont deux à gauche en bas, contenus dans une aréole glaireuse). Il faut dire également que dans l'impétigo, la bulle clivant l'épiderme, soulève en même temps une série d'ostia folliculaires, lesquels contiennent presque toujours quelques grains staphylococciquesce, qui amène sans délai la surinfection staphylo de la bulle streptococcique et des figures telles que la photo les représente, identiques à celles que Sabouraud a montrées dans l'impetigo à streptocoques. *La culture des bulles de l'impétigo* si elle est faite sans techniques spéciales est toujours staphylococcique *et paraît pure (sauf celle des bulles des épidermes cornés épais, paume de la main, où il n'y a pas d'orifices pilaires, et dans lesquelles le streptocoque reprend sa forme en chaînettes).*

Il se pourrait donc, que l'auteur dans un travail ultérieur et en utilisant ces quelques remarques, pût compléter le présent travail et nous donner des conclusions définitives.

N. D. L. R.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en août 1930.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

Un bacille des gangrènes cutanées, par R. Nativelle. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLV, n° 2, août 1930, p. 169.

Nous avons analysé dans ces *Annales* la thèse de N. sur ce sujet. Dans ce mémoire, on trouvera toute l'étude microbiologique et expérimentale du *bacillus gangrenæ cutis* (Milian).

H. Rabeau.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Essai de bactériophage antichancrelleux, par H. Gougerot, Ed. Peyre et Basset. *Annales des Maladies Vénériennes*, 25e année, n° 8, août 1930, p. 561.

Les auteurs, malgré de nombreux essais, n'ont pas réussi à obtenir un bactériophage antichancrelleux. Ils ont essayé le traitement par des Stock-bactériophages, et ont constaté que les races adaptées aux germes intestinaux se montraient les plus actives. Ils ponctionnent les bubons et injectent un mélange de plusieurs races de bactériophages. 4 malades traités ont été guéris en 5, 7, 10 et 12 jours par une à 3 injections de bactériophages.

Parfois, une réaction locale inflammatoire se produit, elle ne doit pas faire interrompre le traitement. H. Rabeau.

La culture du streptobacille de Ducrey, par A. Basset. *Annales des Maladies Vénériennes*, 25e année, n° 8, août 1930, p. 568.

B. estime la culture du strepto-bacille de Ducrey actuellement mise au point. On doit cependant ajouter qu'elle n'est pas chose toujours aisée. Ce qu'il y a de difficile, c'est de réussir le passage sur milieu artificiel. « Dès la 2e génération, les repiquages marchent bien ». Reenstierna. Le prélèvement est d'importance. Il vaut mieux partir d'un chancre de réinoculation. Si l'on part d'un chancre, essayer de se débarrasser des germes associés. Les milieux doivent être faiblement alcalins. Le *p*H du milieu entre 7,2 et 7,5. L'étuve sera réglée à 35°.

Les milieux peuvent être divisés en milieux d'isolement et milieux de conservation. Parmi les premiers, le milieu au sang de lapin est le plus utilisé. On a employé le sang d'autres animaux. Hababou-Sala s'est servi de milieu à l'œuf. H. RABEAU.

Contribution à l'étude de la réaction de la présence de l'antigène gonococcique dans l'urine, par M. OVTCHINNIKOV et E. M. SEMENIAKO *Annales des Maladies Vénériennes,* 25e année, no 8, août 1930, p. 578.

Les auteurs ont recherché cette réaction 598 fois (488 malades) suivant la technique de Lissovsky. Ils concluent que dans le plus grand nombre de cas, cette réaction s'accorde avec le tableau clinique et bactériologique de l'affection. Cette méthode peut donc être recommandée comme méthode d'investigation auxiliaire, à condition de la pratiquer plusieurs mois et de savoir qu'une réponse négative une seule fois ne garantit pas l'absence de blennorragie. Les résultats 1 + et 2 + ne certifient pas la présence de l'infection gonococcique. Cette réaction peut avoir quelque valeur pour le diagnostic différentiel du gonocoque d'avec d'autres diplocoques semblables si le degré de la réaction est élevé. H. RABEAU.

Pyodermite muqueuse chancriforme de la face interne de la joue, simulant un chancre syphilitique, par GOUGEROT, BURNIER et WEILER. *Annales des Maladies Vénériennes,* 25e année, no 8, août 1930, p. 587.

Observation d'un garçon de 10 ans conduit par sa mère pour une lésion de la face interne de la joue droite au voisinage de la commissure. C'est une ulcération papuleuse saillante, en pastille, arrondie, à grand axe ovalaire, recouverte d'une couche de fibrine, avec induration sèche. Un ganglion sous-maxillaire droit, gros comme une noix, froid, indolent et dur est apparu en même temps. En raison de son aspect chancriforme, des examens ultra-microscopiques sont faits à plusieurs reprises et sont négatifs. Le Wassermann à plusieurs reprises est négatif. La lésion guérit rapidement par des badigeonnages de permanganate au 1/50e. H. RABEAU.

Bulletin Médical (Paris).

Sur un cas de dissémination gonococcique avec localisations articulaires et pleuro-pulmonaires bilatérales. Identification du germe recueilli dans le liquide pleural et détermination dans le sérum des réactions humorales spécifiques de l'agglutination et de la réaction de fixation, par P. TEISSIER *Bulletin Médical,* 44e année, no 37, 30 août 1930, p. 626.

Très intéressante observation, longuement commentée par le Prof. Teissier, d'une jeune femme qui, après un accouchement, présente un syndrome fébrile avec érythème scarlatiniforme pour lequel elle est envoyée à l'hôpital Claude Bernard. La température est de 39°, le pouls à 120, mais 24 heures après l'exanthème péri-ombilical a disparu et il n'y a aucun signe de scarlatine. Par contre, apparaît une hydarthrose

du genou droit, puis l'articulation du cou de pied gauche se prend à son tour. La ponction du genou ramène un liquide louche, avec polynucléaires, la culture en reste négative, mais manifestement il s'agit de rhumatisme blennorragique. La vaccination antigonococcique reste sans effet.

Au bout de onze jours, alors que les manifestations articulaires commencent à s'atténuer, nouvelle poussée thermique avec point de côté violent, dyspnée. L'examen révèle une épanchement pleural de la base droite. La ponction donne un liquide clair avec polynucléaires et nombreuses cellules endothéliales. Trois jours après apparaissent du côté gauche des signes semblables à ceux constatés à droite, et ponction d'un liquide clair de formule équivalente. Quatre jours encore et nouvelle élévation de température avec brusque augmentation de l'épanchement. Quelques jours plus tard poussée fluxionnaire du poumon au-dessus de l'épanchement. On pense à la transformation du liquide pleural, et de fait le liquide est plus louche. Cependant, trois jours après cette poussée, amélioration de l'état général et des signes pleuro-pulmonaires. Deux mois et demi après le début, la guérison semble acquise. En fait elle l'était, puisque la malade revue un an après est en parfaite santé.

En dehors de l'intérêt clinique, on est frappé dans cette observation de la difficulté qu'il y a eu à mettre le gonocoque en évidence. On ne le trouve pas dans le liquide d'arthrite. Les hémocultures sont négatives, la première ponction pleurale aussi. Ce n'est que 8 jours après le début de l'épanchement gauche qu'on parvient à déceler dans le liquide des cocci mobiles à Gram négatif, les cultures de ce liquide restant stériles. Une nouvelle ponction et la culture sur gélose au sang donnèrent un coccus qui fut identifié au gonocoque. Des réactions humorales, séro-agglutination et réaction de fixation pratiquées avec le germe de la malade et un autre échantillon de gonocoque furent positives. H. Rabeau.

Sur le diagnostic clinique des teignes, par E. Rivallier *Bulletin Médical*, 44e année, 31 août 1930, p. 630

Sans doute, ainsi que le dit R., l'étude nosologique et botanique des teignes a été faite par Sabouraud avec une précision telle qu'on ne saurait rien écrire à ce sujet qui n'ait déjà été écrit et enseigné par lui. Cependant un article, comme celui-ci est d'une grande portée pratique ; puisqu'il montre ce qu'on peut attendre d'un examen clinique correctement pratiqué.

Après le favus, R. envisage successivement les teignes tondantes, les teignes inflammatoires, les teignes hors du cuir chevelu. A propos de chacune d'elles, il montre clairement comment on doit examiner méthodiquement un cuir chevelu, puis un cheveu, et quels nombreux renseignements on peut déjà en tirer sans l'aide du microscope. Il indique enfin quel traitement on doit apporter dans chaque cas. Cela ne saura

faire oublier d'ailleurs l'examen microscopique, utile pour confirmer un diagnostic, nécessaire dans les cas difficiles, et pour le contrôle de la guérison. Enfin la recherche de l'espèce parasitaire ne saurait être considérée comme un diagnostic de luxe, puisque cette identification pourra aider à retrouver la source de contagion.

H. RABEAU.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris.

Lymphogranulomatose et tuberculose, par A. CAUSSADE. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, no 25, 21 juillet 1930, p. 1266.

Dans certains cas, dit C., l'association et l'intrication de ces deux affections sont indéniables. Le fait de la nature tuberculeuse de la lymphogranulomatose maligne est moins admissible et C. le discute. Il cite ses recherches personnelles à ce sujet, les inoculations à l'animal restées négatives. Il ne croit pas à une tuberculose atténuée ou à l'ultravirus. Du point de vue histologique et clinique, il considère que la maladie de Paltauf-Steinberg a une véritable autonomie. Elle peut se compliquer de tuberculose, mais il y a alors association ou intrication.

H. RABEAU.

Les dérivés acridiniques peuvent-ils sensibiliser l'organisme aux produits radio-actifs? Cure accélérée de quelques déterminations gonococciques, par H. JAUSION, A. PECKER et R. HYONIMUS. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 41e année, no 25, 21 juillet 1930, p. 1422.

L'évolution des blennorragies ne semble pas modifiée sensiblement par les injections intraveineuses de thorium X. Par contre, l'addition de thorium X à la gonacrine, à raison d'une injection par semaine, avec ou sans acridinothérapie de soutien a donné dans quelques cas rebelles un heureux résultat. H. RABEAU.

Nouvelles recherches expérimentales sur la lymphogranulomatose maligne, par Faure BEAULIEU et Melle C. BRUN. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, no 25, 21 juillet 1930, p. 1272.

Ces recherches ont permis d'observer deux ordres de faits importants :

1° La production chez l'animal, par inoculation de produits lymphogranulomateux, de lésions cysto-histologiques caractéristiques de la maladie humaine ;

2° La démonstration, chez le cobaye inoculé de produits lymphogranulomateux, d'un état d'allergie se traduisant par le phénomène de Koch lors de l'inoculation ultérieure de produits bacillifères.

H. RABEAU.

Journal de Médecine de Paris.

L'érythro-cyanogénie et ses complications, par JUSTER. *Journal de Médecine de Paris*, 50e année, n° 32, 7 août 1930, p. 682.

L'érythro-cyanose peut se localiser à d'autres régions que la région sus-malléolaire ; la partie inférieure et interne des cuisses, la face interne des genoux, fesses, partie inférieure des avant-bras et face postérieure des bras. J. propose le nom d'érythro-cyanogénie à cette constitution vasculaire cutanée. Elle se révèle d'ordinaire au moment de la puberté et s'accompagne souvent d'hémogénie. Au niveau de la région sus-malléolaire, survient souvent un véritable empâtement cyanotique. Ce terrain spécial d'érythro-cyanose avec empâtement cellulitique paraît être favorable à l'éclosion des inflammations et infections cutanées. C'est ainsi qu'on observera des engelures, des tuberculides papulo-nécrotiques, de l'érythème induré de Bazin, des lésions tuberculeuses.

H. RABEAU.

Le bismuth-métal en suspension aqueuse dans le traitement antisyphilitique, par A. GALLIOT. *Journal de Médecine de Paris*, 50e année, n° 34, 21 août 1930, p. 726.

Communication faite à la Société de Médecine de Paris, le 28 juin 1930, et analysée dans ces *Annales*. H. RABEAU.

Presse Médicale (Paris).

L'asthme infantile et les réactions qui lui sont associées (dermatoses prurigineuses, insuffisance hépatique) syndrome « arthritique » infantile, par H. JUMON. *Presse Médicale*, 38e année, n° 68, 23 août 1930, p. 1138.

Asthme, troubles hépatiques et dermatoses prurigineuses évoluent de pair chez les jeunes enfants, et chacune de ces réactions doit susciter la recherche dans le passé des autres manifestations. Rarement coïncidant, elles se succèdent le plus souvent, ou quelquefois alternent. Leur ensemble constitue ce syndrome clinique assez homogène, que J. nomme syndrome neuro-arthritique infantile. Pour lui, tous ces troubles doivent être rapportés à une insuffisance hépatique entraînant un défaut de combustion des corps cétoniques, d'où l'apparition d'un syndrome de cétose. Mais ces manifestations ne peuvent éclater que sur un terrain préparé. Cette altération du terrain peut être transmise, ce caractère héréditaire est le plus fréquent ; elle peut être acquise (fautes d'alimentation). Les thérapeutiques générales visant la modification du terrain doivent avoir la première place et sont le plus capables d'obtenir la guérison. H. RABEAU.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Verrues produites par l'amiante (Asbestwarzen), par A. DEWIRTZ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cah. 1, 1930, p. 1, 2 figures.

L'auteur décrit les lésions des paumes des mains dont sont porteurs tous les travailleurs de l'amiante. Il s'agit de 3 à 5 efflorescences correspondant morphologiquement à une papule non inflammatoire. Les lésions sont tantôt arrondies, tantôt polygonales à surface râpeuse, elles sont situées dans l'épiderme, dans lequel pénètre l'aiguille d'amiante et toujours localisées à la face interne des doigts, à la paume des mains et à la plante des pieds. Les ouvriers appellent ces lésions « verrues d'amiante ».

L'histologie montre une prolifération cellulaire avec formation de cellules géantes et une forte hyperkératose.

Olga Eliascheff.

Sur la névrodermite géante (Lichénification géante Pautrier-Brocq) (Ueber Neurodermitis gigantea), par I. Merenlender. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cah. 1, 1930, p. 6, 9 figures.

Observations cliniques et description histologique de 3 cas de lichénification géante.

L'histologie consiste en une inflammation cutanée chronique avec prolifération prononcée du tissu conjonctif à côté de lésions secondaires épidermiques ; dans un cas : infiltrat massif leucocytaire dans l'épiderme et aspect fibromateux du chorion, dans un autre, présence d'une altération cavitaire ; par places, des foyers plasmocytaires et des dilatations vasculaires ressemblant à un angiome.

Olga Eliascheff.

Sur la variabilité du Trichophyton violaceum (Ueber de Variabilitæt des Trichophyton violaceum), par A. Wilenczyk. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cah. 1, 1930, p. 20, 4 figures.

Les recherches de l'auteur montrent que le *trichophyton violaceum* peut sous l'influence des changements de température modifier ses propriétés morphologiques de telle façon qu'il peut ressembler à une autre espèce de champignon (au *trichophyton granulosum* dans le cas de l'auteur). Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude de l'hyperhidrose partielle de la face (Zur Fraze der partiellen hyperhydrose des Gesichts), par M. O. Derbandiker. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cah. 1, 1930, p. 24.

Description d'un cas d'hyperhidrose partielle de la face à la suite d'une parotidite après une fièvre typhoïde.

Le traitement chirurgical ou l'atropine donnent de bons résultats.

Olga Eliascheff.

Purpura papuleux printanier (Purpura papulosa æstivalis), par Josef Sellei. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cah. 1, 1930, p. 29.

Maladie jusqu'à présent non décrite, due à une modification de la perméabilité capillaire.

Le purpura papuleux printanier se développe au printemps, au

début de l'été et se prolonge jusqu'au commencement de l'automne. L'éruption, disséminée sur les membres supérieurs et inférieurs et à la face, est composée de papulettes punctiformes du volume d'une tête d'épingle, de teinte rouge-violet à surface râpeuse. Presque pas de démangeaisons, nulle part, trace de pigmentation.

L'histologie montra, dans le cas de l'auteur, la formation de papules et de vésicules entre l'épiderme et le chorion.

Cette maladie est due surtout à l'influence de rayons solaires, mais rentrent aussi en ligne de compte la chaleur, les produits chimiques (vitamines ?) et des sensibilisateurs. L'influence des rayons solaires n'est pas locale, mais générale, car le purpura se développe non seulement aux endroits du corps exposés au soleil, mais sur le corps entier. C'est l'influence du soleil qui forme les substances qui provoquent ce purpura.

Les lésions cutanées se développent dans des mois déterminés, ce qui fait supposer que dans ces mois, les qualités des rayons solaires pathogènes sont plus efficaces et qu'il se forme des qualités de rayons pathogènes nouvelles et inconnues.

L'auteur range le purpura papuleux printanier dans le groupe des maladies allergiques. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude des névromes multiples « pas mûris » de la peau (Zur Kenntnis der multiplen, unausgereiften Neurome der Haut), par August MATRAS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cah. 1, 1930, p. 53, 4 figures.

Description clinique et histologique de 4 cas de nodules tumoraux multiples groupés, de volume allant d'un grain de plomb à une noisette. Les tumeurs sont transparentes, de teinte brun-jaune pâle, dures, disséminées sur la peau du tronc et des membres. Leur début datait de l'enfance dans un des cas, dans un autre, les tumeurs augmentèrent de volume et il se produisit une nouvelle poussée. Les tumeurs sont douloureuses à la pression.

L'histologie montra une structure fasciculée, Le tissu tumoral est un produit de prolifération des cellules de la gaine de Schwann avec de nombreuses fibres nerveuses à myéline. Mais les fibrilles tumorales ne donnèrent pas la coloration spécifique des fibrilles nerveuses ; il faut donc considérer ce tissu comme un tissu neurogène pas mûri et désigner ces tumeurs d'après la classification de Dick et Bielschowsky, comme des neuromes « non mûris ». OLGA ELIASCHEFF.

Essais de sensibilisation par l'extrait trichophytique, la tuberculine et la luétine. Transmission passive des réagines dans la trichophytie profonde, le lupus vulgaire et la syphilis (Sensibilisierungsversuche mit Trichophytonextrakt, Tuberkulin und Luetin. Passive Uebertragung der Reagine bei Trichophytiasis profunda, Lupus vulgaris und Syphilis), par Emerich LEHNER et Edmund RAJKA. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cah. 1, 1930, p. 69.

Pour démontrer que les extraits trychophytiques, la tuberculine et la luétine sont de vrais allergènes, les auteurs ont fait des essais de sensibilisation avec ces produits. On arrive à sensibiliser artificiellement la peau humaine par la trichophytine, la tuberculine et la luétine ; en plus, ces produits agissent dans les essais de transmission passive comme de véritables allergènes.

Les auteurs attribuent à leur mauvais choix de malades l'échec de la transmission passive dans un grand nombre de cas dans la trichophytie profonde, la tuberculose cutanée et la syphilis. Ils n'ont réussi à démontrer des réagines et des déréagines que chez des sujets avec une allergie cutanée excessivement prononcée. Ils se servirent de la méthode de Prausnitz-Kustner et de celle de l'oreille du lapin. Les auteurs conseillent l'emploi de ces deux méthodes à la fois.

OLGA ELIASCHEFF.

La valeur de la réaction de Bordet pour le diagnostic de la blennorragie des femmes et des enfants (Der diagnostische Wert der Reaktion von Bordet bei der Gonorrhæ der Frauen und Kinder), par K. KARISCHEWA. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cah. 1, 1930, p. 82.

Pour déterminer la valeur de la réaction de Bordet pour le diagnostic de la blennorragie des femmes et des enfants, K. a pratiqué cette réaction chez 450 sujets : sur 320 sujets atteints de blennorragie ou d'autres lésions de l'appareil génital et sur 130 sujets sains.

L'auteur conclut que, d'après ses résultats, la réaction de Bordet est sûrement spécifique dans la blennorragie. Elle est toujours négative chez les sujets sains non blennorragiques.

Dans la blennorragie aiguë, 3-6 semaines après le début, la réaction est négative ; elle devient dans la majorité des cas positive après 6 semaines, pour redevenir négative dans 83 o/o des cas de blennorragie chronique. La réaction devient négative 2-4 mois après la guérison. Une réaction positive pendant des années révèle l'existence d'un foyer à gonocoques vivants.

La vaccinothérapie augmente la positivité de la réaction. La technique de la réaction est très délicate : il faut pour réussir utiliser des antigènes polyvalents très exactement titrés.

OLGA ELIASCHEFF.

Endothéliome du corps caverneux de la verge (Endotheliom des Corpus cavernosum penis), par Paul BALOG et Saverio CERQUA. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cah. 1, 1930, p 86, 6 figures.

Les endothéliomes du corps caverneux de la verge sont extrêmement rares ; les auteurs donnent une description clinique et histologique d'un cas.

La tumeur située dans le corps caverneux gauche a été entourée d'une capsule fibreuse.

L'histologie montra qu'il s'agissait d'un hémangio-endothéliome : le polymorphisme cellulaire, les cellules tumorales vacuolisées, les

noyaux lobulés et leur tendance à la formation de fentes intercellulaires sont caractéristiques de l'endothéliome. A côté de cette structure exista celle d'un angiome capillaire typique.

Guérison après opération (en observation depuis 5 mois).

OLGA ELIASCHEFF.

Sur le sclerœdème (Buschke). Description spéciale de son histologie (Ueber Sklerœdeme (Buschke). Unter besonderer Berücksichtigung der Histologie), par Helmuth Freund. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cah. 1, 1930, p 92, 5 figures.

Observation de deux cas de sclérœdème de Buschke avec lésions histologiques très intéressantes. Cliniquement les cas ne se distinguent des autres cas publiés que par leur apparition l'un après une grippe, l'autre après une mastite et un rhumatisme articulaire.

L'histologie montra une substance mucoïde déposée surtout dans les couches moyennes du derme donnant une métachromasie et rentrant probablement dans le groupe des substances mucoïdes. Il faut considérer cette substance mucoïde comme la cause anatomique de la dureté de la peau dans le sclérœdème. Les autres lésions histologiques consistent :

1° En une augmentation plus ou moins grande du nombre des fibroblastes respectivement des mastocytes ;

2° En un infiltrat périvasculaire peu prononcé.

L'épiderme est le plus souvent épaissi, plus rarement aplati. Les lésions ressemblent par la présence de masses mycoïdes au myxœdème.

Dans le premier cas, la radiographie montra une tumeur de la région hypophysaire accompagnée d'une destruction de la selle turcique. La thyroïde, légèrement augmentée de volume, était de consistance ferme, mais il fut impossible de dire s'il s'agissait d'une hypertrophie parenchymateuse ou d'une infiltration passive de l'organe.

Le traitement par les extraits thyroïdien et hypophysaire resta sans résultats.

OLGA ELIASCHEFF.

Recherche de l'acide urique dans le psoriasis (Harnsæueruntersuchungen bei Psoriasis), par Franz Herrmann. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cah. 1, 1930, p. 114.

L'auteur a recherché l'acide urique sanguin dans le psoriasis par 5 méthodes différentes. Il constata une divergence entre les valeurs en dépendance des méthodes employées. La méthode la plus sûre fut celle de Benedect, à condition que la solution de NaCu soit préparée fraîchement chaque jour.

H. a examiné le sérum de 179 sujets : 44 sur 140 sujets atteints de psoriasis présentèrent une teneur en acide urique sanguin de 5 mg. o/o et au-dessus, c'est-à-dire qu'on trouva dans 31,4 o/o des cas une uricémie. Cette augmentation frappe surtout les sujets atteints de psoriasis avec arthropathies. Un grand nombre des malades présentèrent un retard d'élimination de l'acide urique dans les urines. Dans la

moitié des cas, la constante d'Ambard pour l'acide urique fut de 0,07 et plus. Il n'a pas été possible de constater une dépendance entre les lésions cutanées et la teneur en acide urique. H. trouva, en contradiction avec Scherk, dans le liquide des bulles provoquées par la catharide la même quantité d'acide urique que dans le sérum.

OLGA ELIASCHEFF.

L'influence de la température sur le développement de la trichophytie chez le cobaye (Der Einfluss der Temperatur auf das Angehen der Trichophytie beim Meerschweinchen), par WERNER JADASSOHN et Adolf STAHELIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cah. 1, 1930, p. 146.

Les auteurs, pour se rendre compte comment se comportait la peau chaude et vivante des cobayes au-dessus de 37° vis-à-vis de l'infection par l'*Achorion quinckeanum* et le *Trichophyton gypseum* ont fait les expériences suivantes :

Ils ont mis des cobayes dans une étuve bien ventilée ayant une température de 36-39° (les animaux supportent très bien ce séjour à l'étuve). La température rectale monte chez les cobayes entre 39 et 40°, celle de la peau (plus difficile à mesurer) à 39-40°. La vraie température (celle des follicules) n'est sûrement pas inférieure à cette dernière. Les résultats furent les suivants :

L'infection se produit, mais le temps d'incubation est notablement prolongé (au lieu de 4-5 jours dans la trichophytie 8-10 jours, 10-12 jours dans l'achorion au lieu de 6-7 jours) et les manifestations inflammatoires sont beaucoup moins prononcées que celles chez des animaux tenus à la température normale.

A l'examen histologique, on trouve des champignons aussi chez les cobayes tenus à l'étuve, mais on a l'impression (il est assez difficile d'en juger) que la croissance des champignons est moins rapide que dans la peau des animaux témoins.

On ne trouve les champignons dans la peau des animaux même tenus à l'étuve, que dans la couche cornée et dans les follicules.

Les différences de températures peuvent, comme le croit Kadisch, être la cause que les organes internes ne soient pas atteints de mycoses ; mais le dermotropisme ne peut être expliqué que partiellement par la différence de la température de la peau et des organes internes.

OLGA ELIASCHEFF.

Développement simultané dans un cas d'un sarcome et d'un épithélioma sur un lupus vulgaire (Ueber einen Fall gleichzeitigen Vorkommens von Sarkom und Carcinom auf Lupus vulgaris), par Ottmar FLEISCHER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cah. 1, 1930, p. 149, 1 figure.

Observation d'un cas de transformation d'un fibrome de la lèvre supérieure en sarcome chez un lupique. Le sujet était en même temps porteur d'un épithélioma de la main. Le malade fut traité pour son lupus par les rayons X.

OLGA ELIASCHEFF.

Ergostérine irradiée et formation de pigment (Bestrahltes Ergosterin und Pigmentbildung), par Samuel M. Peck. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cah. 1, p. 207.

L'auteur a étudié l'influence de l'ergostérine irradiée sur la pigmentation de l'épiderme des lapins gris tenus dans la lumière diffuse.

Les résultats sont les suivants :

Les lapins tenus à la lumière diffuse furent soumis pendant 2-5 mois soit aux injections intramusculaires de grandes doses d'ergostérine-vitamine (Roche), soit nourris par ce produit (pendant 3 mois, un lapin absorba une dose totale intramusculaire de 194 centimètres cubes). Ils ne montrèrent aucune modification de la couleur de leurs poils, ni du dessin cutané et non plus une augmentation de pigment épidermique (à l'examen microscopique).

Les animaux tenus à l'abri de toute lumière et soumis à un traitement par l'ergostérine-vitamine ne montrèrent pas non plus, d'augmentation de pigments, même aux endroits dans lesquels l'auteur avait fait des injections sous-cutanées de substances irritantes (lait, acide acétique).

Les injections sous-cutanées d'ergostérine irradiée ne produisent donc pas une hyperpigmentation de l'épiderme chez des animaux gardés à l'abri de la lumière. Mais les points cutanés irrités par l'injection de produits irritants montrèrent une hyperpigmentation après irradiation par les rayons ultra-violets.

Que la préparation d'ergostérine employée fut active est prouvé par la présence dans l'intima de l'aorte de foyers athéromateux ou de lésions d'artériosclérose, la calcification des artères rénales, ainsi que la perte de l'appétit des animaux, leur perte de poids, leur cachexie et leur mort.

L'auteur conclut que, d'après ses expériences, l'ergostérine irradiée n'a pas le pouvoir de produire l'hyperpigmentation et de remplacer à ce point de vue les rayons ultra-violets.

Olga Eliascheff.

Sur les lésions gommeuses dans la syphilis héréditaire (Ueber gummöse Verænderungen bei kongenitaler Syphilis), par August Matras. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cah. 1, 1930, p. 232, 8 figures.

Descriptions macroscopique et microscopique de 3 autopsies d'enfants hérédo-syphilitiques. Dans le premier de ces cas, l'auteur constata un pemphigus syphilitique, une pneumonie blanche, de multiples syphilomes (miliaires et quelques-uns plus grands) des poumons, une prolifération tissulaire interstitielle spécifique dans le foie, ainsi qu'une ostéochondrite syphilitique des os longs.

Le second enfant, né d'une mère sans signes cliniques ni sérologiques de syphilis, présenta un pemphigus syphilitique hémorragique disséminé sur toute la surface cutanée ; des lésions pulmonaires alvéolaires, catarrhales, une pneumonie interstitielle et des foyers gommeux. A côté des lésions pulmonaires, le thymus de l'enfant présenta une destruc-

tion complète du parenchyme de nature syphilitique. La structure normale des amygdales fut remplacée par un tissu de granulation recouvert d'un tissu nécrotique très riche en vaisseaux. Il s'agit d'une nécrose parenchymateuse syphilitique des amygdales, nécrose qui n'a jamais été décrite.

Dans le troisième cas, les lésions consistèrent en une pneumonie blanche, une hépatite interstitielle et une liénite syphilitique, en une nécrose puriforme miliaire syphilitique des amygdales analogue aux gommes miliaires des autres organes.

Olga Eliascheff.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Kératodermie non héréditaire, atypique et multiloculaire à début congénital (Atypische, multilokuläre, nicht hereditäre Kératodermie auf kongenitaler Grundlage), par E. Brik. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIX, f. 2, août 1930, p. 77.

Chez un premier enfant, placards disséminés hyperkératosiques sur le cuir chevelu où ils sont nombreux et exsudatifs, sur les joues, le nez, aux aines, aux fesses et aux régions palmo-plantaires. Au microscope, hyperkératose pure, associée à de la parakératose et à de la spongiose dans les zones exsudatives. Aucun antécédent héréditaire. Le deuxième cas intéresse un enfant, chez qui l'éruption a paru dès les premiers mois de la vie et s'étend au cuir chevelu, aux joues, aux régions palmo-plantaires, aux ongles des doigts, aux aines, aux coudes et aux genoux. Les éléments éruptifs sont constitués par des papules ou des placards hyperkératosiques. Aucun antécédent héréditaire. Dans les deux cas, développement général retardé ; chez le premier enfant, il y avait aussi des altérations organiques centrales (hydrocéphalie interne). Le traitement opothérapique n'a donné aucun résultat ; mais l'irradiation générale par les rayons de Bucky a déterminé chez le premier enfant une amélioration de l'intelligence, des lésions cutanées et de l'état général.

L. Chatellier.

Etudes comparatives de capillaroscopie chez les « puellæ publicæ » et la clientèle habituelle d'un service de dermato-vénéréologie (Vergleichende Kapillarmikroskopische Untersuchungen an früher Sogenannten « puellæ publicæ » und dem Durchschnittsmaterial einer dermatologische-venereologischen Abteilung), par K. Haack et G. Kreyenberg. *Dermatologische Zeitschrift*, t, LIX, f. 2, août 1930, p. 95, 4 fig.

Les auteurs rappellent les travaux et la classification de Jaensch, qui a voulu établir un lien étroit entre les lésions des capillaires cutanés et les altérations du système nerveux. Les images capillaires traduiraient les déficiences psychiques. H. et K. ont recueilli les images capillaires chez les prostituées, parmi les clients du service et chez les individus normaux. On rencontre chez les filles publiques et les malades habi-

tuels 24 o/o de formes anormales (archiformes et mésoformes de Jaensch). Chez les individus normaux, il n'y en a que 10 o/o.

L. Chatellier.

Sur un cas d'épidermolyse bulleuse dystrophique, héréditaire et tardive (Ueber einen Fall von Epidermolysis bullosa dystrophicans hereditaria tarda), par V. Napp. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIX, f. 2, août 1930, p. 103, 1 fig.

L'épidermolyse bulleuse dystrophique (lésions des ongles) est considérée comme une affection héréditaire, de caractère récessif, ce qui explique l'absence de commémoratifs héréditaires dans la plupart des cas. Elle peut apparaître tardivement. Dans l'observation de N., la première poussée bulleuse se produit à 52 ans. C'est le cinquième cas où l'affection débute après la vingtième année.

L. Chatellier.

Sur les formes en tumeur du lupus érythémateux (Zur Frage von tumorartigen Formen des Lupus erythematodes), par T. Pawlow et A. Makarjen. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIX, f. 2, août 1930, p. 111, 2 fig.

Les formes hypertrophiques du lupus érythémateux sont rares (lupus érythémateux profond de Brocq, lupus érythémateux hypertrophique d'Hallopeau) et souvent méconnues. Les auteurs rapportent l'observation d'un malade, qui présentait dans le cuir chevelu 4 placards saillants, élastiques, avec hyperkératose folliculaire et atrophie cutanée sous-jacente. Aucun antécédent. Réaction de Wassermann négative, Pirquet négatif, formule sanguine normale. Au microscope, hyperkératose, surtout folliculaire ; atrophie épidermique centrale ; infiltration cellulaire modérée du derme papillaire, intense du derme profond autour des vaisseaux et aussi des follicules. Disparition du tissu élastique papillaire ; dans le derme profond, le tissu élastique est réduit à des tronçons épars. Il y a disparition presque totale des glandes sébacées.

L. Chatellier.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Tables de concentration pour l'épreuve de l'eczéma. Etude sur la pratique de « l'épreuve fonctionnelle de la peau » (Konzentrationstabellen für Ekzemproben. Ein Beitrag zur Praxis der « funktionnellen Hautprüfung »), par W. Frei, L. Mayer et H. Halle. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 31, 2 août 1930, p. 1111.

L'épreuve cutanée dans l'eczéma doit entrer dans la pratique. Les auteurs ont dressé une table de 33 substances anorganiques avec le taux de concentration qui convient à cette épreuve.

L. Chatellier.

Rapports entre la maladie de Schamberg et le purpura de Majocchi (Zur Frage der Bezichungen des Schambergschen Krankheit (Progressive Pigmentary Dermatosis) und der Purpura annularis telangiectodes Majoc-

chi), par Selisky. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 31, 2 août 1930, p. 1115, 2 fig.

S. commence par donner une observation de maladie de Schamberg. La première recueillie chez une femme de 50 ans est remarquable par la disposition annulaire de la pigmentation. Dans un second cas (femme de 23 ans), il s'agissait de phénomènes annulaires hémorragiques unilatéraux aboutissant à des réseaux pigmentaires qui pouvaient être considérés comme ressortissant à une variété anormale de purpura de Majocchi. Dans ces deux cas, au microscope, altérations vasculaires semblables. S. note que dans le Schamberg, on a souvent signalé des phénomènes purpuriques, télangiectasiques. D'autre part, plusieurs auteurs considèrent le Majocchi comme un faux purpura. On est amené à croire que les deux maladies sont très voisines, sinon identiques, le Schamberg étant caractérisé par l'intensité des phénomènes pigmentaires post-télangiectasiques et le Majocchi par les accidents hémorragiques. L'atrophie survient également dans les deux cas. L'étiologie (tuberculose) reste inconnue. Ch. Audry.

Erysipèle blanc (Weissess Erysipel), par Samberger. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 32, 9 août 1930, p. 1123.

Deux cas d'érysipèle violent de la face où la peau présentait une coloration pâle, livide, blanche, au lieu de la rougeur habituelle. Une des deux malades avait présenté de l'urticaire. Ch. Audry.

Le mercure dans la culture préhellénique (Das Quecksilber in der vorgreichischen Kulturen), par J. Almkvist. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 32, 9 août 1930, p. 1139.

On ne trouve pas grand'chose dans la littérature médicale de l'ancienne Égypte. Au contraire, les anciens Indiens paraissent l'avoir souvent utilisé dans toutes espèces de maladies et sous diverses formes (noir, blanc, jaune, rouge), comme poison. Enfin les Indiens ont connu son rôle provocateur des stomatites.

Chez les Chinois, le mercure serait administré depuis 1075, et dès le XVIe siècle on le donnait contre la syphilis. Ch. Audry.

Sur une forme clinique de lymphogranulomatose de la peau (Zum Klinischen Erscheinungsbild der Lymphogranulomatose der Haut), par L. Arzt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 32, 9 août 1930, p. 1145.

A. rappelle le travail qu'il a publié antérieurement sur ce sujet (avec Kandak). Il donne ensuite 2 observations nouvelles : l'une recueillie chez une femme de 28 ans qui, au cours d'une lymphogranulomatose suivie de mort (pas d'autopsie), présenta sur le sein gauche et dans la région thoracique avoisinante, une série d'infiltrats et de nodules dont l'un s'ulcéra. Au microscope, granulome avec cellules de Sternberg. Dans le second cas, un homme de 40 ans, au cours d'une lymphogranulomatose typique, éruption de nodules disséminés sur les extrémités, etc. ; la biopsie montra le granulome habituel, avec cellules

de Sternberg, dans les lésions cutanées et ganglionnaires. Le malade succomba ultérieurement ; pas d'autopsie. Ch. Audry.

Un cas d'aspergillose progressive gommeuse et ulcéreuse simulant le scrofuloderme (Ein fortgeschrittener, Skrofuloderma imitirender Aspergillus fall mit gümmosen Ulzerationen), par Houloussi Bedjet. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 32, 9 août 1930, p. 1157.

Paysan de 20 ans, cachectique, couvert d'ulcérations gommeuses, avec altérations osseuses (mains, coudes, genoux, etc.), exactement semblables à des scrofulodermes d'origine tuberculeuse. Pas de syphilis (Réaction de Wassermann négative. Traitement spécifique inutile). La culture donna, à côté de pyogènes, des colonies d'un *aspergillus* dont l'examen histologique retrouva des conidies dans les coupes des ganglions lymphatiques. Un extrait de cultures tuées donna des réactions vacciniformes sur le sujet et aucune chez des individus sains.

Ch. Audry.

Sur les achromies post-psoriasiques (Beitrag zur Klinik der postpsoriatischen Depigmentationen), par B. Beron. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 32, 9 août 1930, p. 1161, 5 fig.

Observation de taches vitiligineuses développées sur un garçon de 10 ans, porteur d'un petit goître et d'un psoriasis typique. Les taches ont paru après une cure d'héliothérapie et succédaient à des placards psoriasiques guéris. Ch. Audry.

Notion et signification de la précancérose (Zum Begriff und Wesen der Präkankerose), par B. Bloch. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 32, 9 août 1930, p. 1164, 5 fig.

Le terme de précancérose, dû à Dubreuilh, désigne des affections multiples. Sa définition est clinique. Il n'y a pas de critères morphologiques. Aussi la signification de la précancérose est-elle mal précisée ; elle varie avec les auteurs, dont les uns rangent parmi les cancers vrais, les affections (maladie de Bowen et de Paget) que d'autres nomment précancéreuses. Les difficultés viennent de notre ignorance de la vraie nature du cancer et de ses caractères initiaux certains. Quels renseignements nous donne l'expérimentation ? Les verrues du goudron chez la souris dégénèrent fréquemment, mais pas toujours, en cancer. Les rayons X déterminent, quand ils sont employés à doses faibles et répétées pendant des mois, une dermite souvent verruqueuse, qui ne se transforme en cancer que dans sa forme ulcéreuse. Il existe entre les verrues de la souris et les verrues par rayons du lapin de grandes similitudes histologiques : or les premières sont précancéreuses ; mais pas les secondes et l'évolution seule nous l'apprend. C'est donc qu'interviennent, comme chez l'homme, d'autres facteurs. Verrues de la souris blanche, ulcère radiologique du lapin, tout comme la radiodermite, la leucoplasie, le xeroderma chez l'homme, constituent seulement le « terrain » où le cancer se développera. Entre les maladies

de Bowen et de Paget et le cancer, il n'y a pas de différence qualitative, mais quantitative. L. Chatellier.

Large gangrène infectieuse de la peau sur un terrain artérioscléreux et diabétique (Ausgedechnte Infektiöse gangræn der Haut au farteriosklerotisch diabetischer Basis), par H. Boas. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 32, 9 août 1930, p. 1171, 2 fig.

Une femme de 73 ans, diabétique depuis 30 ans et artério-scléreuse, présente sur la nuque et sur la moitié droite du cou, une vaste ulcération étendue jusque sur la poitrine, consécutive à une infection pyodermique de la peau qui avait pris un aspect gangréneux et, en fin de compte, syphiloïde. Guérison en 9 mois par bains prolongés.

Ch. Audry.

Contributions mycologiques (Mykologische Beitræge), par G. Bruhns et A. Alexander. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nos 32-33, 9 et 16 août 1930, pp. 1179 et 1250, 2 fig.

Un premier paragraphe examine la question de savoir s'il faut classer les mycoses d'après les données botaniques, ou s'en tenir aux bases fournies par Sabouraud (clinique, etc.). Les auteurs concluent en faveur des méthodes de classement de Sabouraud. Une deuxième note décrit et figure une culture d'épidermophyton interdigital (de Kauffmann-Wolff) à cultures radiées d'un type particulier.

Dans un troisième paragraphe, ils publient un cas d'épidermophyton lancroseum tel qu'il a été étudié par Mac Carthey.

Enfin, ils signalent un cas où une culture d'achorion Schœnlein se développa autour d'un insecte (Zikade). Il existe d'autres cas de ce genre (trichophytie contractée près d'un daim, par la paille, etc.). Il est important de décider si oui ou non et dans quelle mesure, les mycoses cutanées de l'homme peuvent trouver leur origine chez des animaux ou des plantes. Ch. Audry.

Deux cas d'herpès simplex étendu dont un accompagné de névrite rétrobulbaire (Zwei Fälle von ausbreitetem Herpes simplex davon einer mit retrobulbærer Neuritis), par E. Brusgaard. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 32, 9 août 1930, p. 1183.

B. rappelle les travaux antérieurs sur le virus auquel on a pu rapporter l'étiologie de l'herpès et sur son neurotropisme. Il donne l'observation d'une femme de 44 ans qui présentait une poussée d'herpès récidivant des organes génitaux, des lèvres, etc. ; une de ces poussées atteignit la cornée et se compliqua ultérieurement de névrite rétro-bulbaire. Cette femme était mariée à un homme de 40 ans qui lui-même présentait depuis longtemps des poussées d'herpès génital, labial, etc.

Ch. Audry.

Sur le Prurigo (Ueber Prurigo), par G. Gjorgjevic. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 32, 9 août 1930, p. 1155.

G. a antérieurement insisté sur l'importance de l'acidose sanguine

dans le prurigo, tandis qu'il y a alcalose sanguine dans l'eczéma. En conséquence, il recommande l'administration du bicarbonate de chaux et de sodium et en vante l'efficacité. CH. AUDRY.

Eczéma artificiel « en coulée » par eau boriquée, par J. DARIER (en français avec 2 fig). *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 32, 9 août 1930, p. 1198.

Un épileptique de 31 ans, atteint de furoncle de la nuque, vit se développer des placards eczématiformes au niveau des compresses boriquées appliquées à nouveau. Une coulée éruptive sinueuse en descendait et se terminait dans un autre placard au niveau de la ceinture. Au microscope, état spongoïde.

D. ne sépare pas les eczémas artificiels de cet ordre de l'eczéma en général. CH. AUDRY.

Traitement de l'eczéma par la Rontgenthérapie indirecte (Zur indirekten Rontgenbehandlung der Ekzems), par L. KREIBICH. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 32, 9 août 1930, p. 1198.

On obtient de bons résultats thérapeutiques sur l'eczéma chronique et les neurodermites en employant (Bordier) la rœntgenthérapie de la moelle vertébrale : ce qui laisse difficilement place à l'hypothèse de l'eczéma, réaction cutanée et plaide en faveur de son origine nerveuse.
CH. AUDRY.

Granulations en grains de caviar sous la langue (Kaviaræhnliche Kœrner unter der Zunge), par MENDES DA COSTA et CREMER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 32, 9 août 1930, p. 1206, 2 fig.

Il s'agit de grains ronds, plus ou moins brillants, d'une couleur bleuâtre ou brune, développés sur la face inférieure de la langue, sous la muqueuse, de chaque côté du frein. Histologiquement : structure variqueuse, avec petites dilatations veineuses presque anévrysmatiques. Leur cause se découvre dans leur situation déclive, dans les phénomènes de compensation à la stase vasculaire d'origine cardiaque, à l'existence d'une pression thoracique négative. Ces grains ne sont pas rares (15 o/o des cas examinés). Les porteurs présentent habituellement des troubles pulmonaires. CH. AUDRY.

Contribution à l'étude de la radiothérapie indirecte dans le lichen plan (en français), par S. NICOLAU et T. STEFANESCU. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 32, 9 août 1930, p. 1212.

Les auteurs ont utilisé concurremment la méthode de Gouin (superficielle du sympathique) et la technique de Pautrier (profonde, vertébrale) ; ils ont aussi utilisé l'irradiation périphérique (carrefours vasculo-sympathiques de Gouin). Les résultats ont été assez bons, surtout avec la dernière méthode. Les auteurs pensent que la méthode peut rendre d'excellents services ; ils se rallient à l'hypothèse de Gouin : d'action par l'intermédiaire d'une influence exercée sur le sympathique.
CH. AUDRY.

Traitement du bouton d'Orient par les injections locales de chlorhydrate d'émétine (Die Behandlung der Orientbeule durch lokale Injektionen mit Emeticum hydrochloricum), par G. T. Photinos. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 32, 9 août 1930, p. 1219.

Le chlorhydrate d'émétique agit rapidement et efficacement sur la leishmaniose tropicale, employé à la dose de 0,01 à 0,05, suivant la dimension de la lésion. Une seule séance suffit souvent si les boutons sont petits. S'ils sont plus étendus, ils peuvent toujours être guéris en un temps de 15 à 30 jours. Dans la plupart des cas traités, la maladie datait de moins de 5 mois, tandis que la guérison spontanée ne survient jamais avant un an de date. Il est fort rare d'observer des récidives. P. pratique l'injection localement ; il emploie des solutions à 0,01 pour un centimètre cube. La quantité de véhicule varie de 1 à 10 centimètres cubes suivant la quantité d'émétine (eau distillée). La dose totale n'a jamais dépassé 1 gramme d'émétine dans un cas où il fallut répéter les injections. Il faut avoir grand soin de ne pas projeter de la solution dans les yeux du malade ou de l'opérateur, car elle est très irritante. Ch. Audry.

Recherche dans les poils de l'arsenic, de l'or et du thallium après administration expérimentale (Investigation of the hair for arsenic, gold and Thallium after experimental administration) par F. Schamberg et H. Brown. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 32, 9 août 1930, p. 1226.

L'arsenic pris par la bouche ou injecté sous la peau se dépose rapidement dans les poils. L'injection intraveineuse d'or ne détermine pas l'apparition de ce métal dans les poils. Le thallium, malgré son action spécifique sur les poils, ne s'y retrouve pas, même après ingestion de 10 doses à raison de 2 milligrammes par poids d'animal.

L. Chatellier.

Sur les érythèmes persistants (Zur Kenntiss der persistierenden Erytheme), par H. Thorner. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 33, 16 août 1930, p. 1243, 2 fig.

Un homme de 42 ans présente dans l'espace interscapulaire un placard arrondi grand comme la paume de la main et limité par un bord infiltré de 1 centimètre de largeur, datant de 3 ou 4 mois. Au microscope, infiltration lymphoïde et histiocytaire ; vascularité sanguine.

S'agit-il d'*erythema elevatum* et *diutinum* ou de granulome annulaire et faut-il distinguer les deux maladies ? T. pense qu'il faut les distinguer, bien qu'il n'existe guère de différence essentielle tant au point de vue anatomo-pathologique (la nécrose peut faire défaut dans le granulome annulaire comme dans l'*erythema elevatum*), qu'au point de vue étiologique (la tuberculose apparaissant comme un facteur probable). En effet, l'aspect du granulome annulaire au point de vue clinique est nettement différent de celui de l'érythème diutinum, ainsi que sa marche, sa localisation, etc. Cependant, des auteurs ont conclu à l'identité. Ch. Audry.

Dermite par pommade à l'atophan (Hautendzundung nach Atophansalbe), par Galewsky. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 34, 23 août 1930, p. 1270.

Trois cas où l'application d'une pommade contenant de l'atophan détermina une irritation cutanée semblable à celle que causent les pommades salicylées. Ch. Audry.

Cas remarquable de réinfection syphilitique (Ueber einen bemerkenswerten Fall von syphilitischer Superinfektion), par H. Freund. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 34, 23 août 1930, p. 1272

Une fille de 18 ans contracte la syphilis (accidents primaires et secondaires) et 4 à 5 mois plus tard, présente les accidents d'une paralysie générale typique qui, du reste, s'améliora partiellement (après un traitement d'immunisation active par des spirochètes). Dix mois après le début de la syphilis acquise, accidents cutanés tertiaires.

Il ne peut s'agir que d'une syphilitique héréditaire (le père a eu la syphilis, les parents sont actuellement indemnes de toute manifestation) qui a contracté la syphilis, et chez laquelle l'hérédo-syphilis a déterminé, peu de mois après, une évolution vers la paralysie générale.

Ch. Audry.

Recherches sur la malariathérapie (Erfahrungen mit der Malariatherapie), par H. Friedlænder. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 34, 23 août 1930, p. 1277.

L'auteur a suivi cliniquement et sérologiquement des syphilitiques (acquis ou congénitaux) traités par la malariathérapie. De cette étude, il conclut que :

la malariathérapie ne guérit pas la syphilis, comme d'aucuns l'ont cru. C'est une des méthodes de traitement de la syphilis.

Son action sur le liquide est bonne ; elle ramène à la normale la plupart des liquides pathologiques.

Son influence sur les réactions de Wassermann irréductibles ou tenaces du sérum est faible ; elle a procuré cependant des négativations.

La malariathérapie n'empêche pas les récidives cliniques.

Quand, un an après la cure de malaria, la sérologie reste positive, il convient de reprendre le traitement spécifique ; une deuxième cure fébrile, améliore ou guérit les liquides restés positifs.

La valeur prophylactique de la malariathérapie ne peut pas encore être établie ; il semble qu'elle soit plus grande à l'égard de la paralysie générale que du tabès. Le moment le plus favorable pour la malariathérapie se place à la quatrième année après l'infection.

Dans la syphilis héréditaire, il y a parfois amélioration des signes sérologiques. Dans les manifestations cliniques de la syphilis héréditaire tardive, aucune action. L. Chatellier.

Sur une variété rare de lupus érythémateux. Forme verruqueuse et papillomateuse (Ueber eine seltene Varietät der Lupus erythematodes. Lupus

erythematodes verrucosus und papillomatosus), par L. Maskilleison et A. Imschemtzky. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 35, 30 août 1930, p. 1299, 2 fig.

Deux observations de lupus érythémateux de la face, recueillies chez des femmes ; une efflorescence nasale, chez chacune des deux malades, présentait une saillie verruqueuse entourée d'une zone érythémateuse. L'examen histologique concorde avec les apparences (hyperkératose, papillomatose, etc.). Ch. Audry.

Ulcérations multiples gangréneuses diphtériques (Multiple gangrænœse diphterische Geschwüre der Haut), par H Bedjet et O. Chereffeddin. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 35, 30 août 1930, p. 1303.

Un enfant de 3 ans 1/2 a eu un frère mort probablement de diphtérie ; lui-même porte depuis 4 mois une plaie de la paupière gauche, puis de l'œil droit, puis du nez, puis des commissures labiales d'allure gangréneuse. Lésions considérables des deux cornées (staphylome à gauche, perforation à droite). Large plaie gangréneuse de la nuque. État général mauvais. La culture donne du Löffler et l'enfant guérit par le sérum antidiphtérique. Ch. Audry.

Dermatite par pavillon d'écoute de radio (T. S. F.) (Ein Fall von Radiohörmuschel dermatitis), par D. Steiger-Kazal. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 35, 30 août 1930, p. 1306, 1 fig.

On connaît les dermites professionnelles de l'oreille chez les professionnels du téléphone. Arzt a signalé le premier la possibilité d'accidents semblables chez les écouteurs de T. S. F. S. K. donne une observation (avec figure) recueillie chez un homme de 35 ans qui présentait sur la joue gauche, en avant de l'oreille, un disque de dermite. Les recherches faites n'ont pas exactement déterminé la nature de l'irritant : peut-être un dérivé du phénol. Guérison par le nettoyage de l'appareil et une pommade indifférente. Ch. Audry.

Jusqu'à quel point la séro-réaction sert-elle à définir la guérison de la blennorragie ? (Wie weit ist die Komplementbindung bei Gonorrhœheilung verwendbar ?), par L. von Heiner. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 35, 30 août 1930, p 1308.

De l'observation clinique et sérologique de 135 blennorragiens, l'auteur conclut que :

La gonoréaction est, sauf exception, spécifique. Elle apparaît souvent au cours des blennorragies simples et presque toujours dans les blennorragies compliquées. Dans les premières, elle est moins forte et disparaît au bout de 4-8 semaines, souvent avant les signes cliniques. Plus intense dans les blennorragies compliquées, elle s'efface progressivement et selon un rythme variable avec les individus et les localisations. Elle résiste particulièrement lorsque prostate ou vésicules sont atteintes. C'est, du reste, dans ce cas que la guérison complète est lente et les récidives fréquentes. L'auteur se range à l'opinion qui voit dans

une gonoréaction persistante, même 3 mois après guérison apparente, le signe, non d'une infection générale, mais d'un foyer gonococcique latent. Il est prudent d'interdire le mariage à ces malades.

L. Chatellier.

The British medical Journal (Londres).

Le traitement du prurit et des fissures anales (The treatment of prurit and anal fissure), par Gabriel. *The British medical Journal*, n° 3634, 30 août 1930, p. 311.

Dans les cas rebelles de prurit anal, G. pratique des injections sous-cutanées péri-anales de la solution suivante : anesthésine 3 o/o, alcool benzylique 5 o/o, éther 10 o/o dans l'huile d'olive stérilisée. A 8 jours d'intervalle, il injecte 10 centimètres cubes dans le segment postérieur, puis 2 fois 5 centimètres cubes dans le segment antérieur. Dernièrement, il a modifié sa formule en incorporant à l'huile d'olives 0,5 o/o de percaïne, 10 o/o d'alcool benzylique, 1 o/o d'acide phénique.

Les résultats de ce traitement son assimilables à ceux de la section des nerfs honteux internes.

Dans les fissures anales, on obtient le relâchement du sphincter spasmé, ce qui suffit pour guérir les fissures superficielles. Les fissures profondes et infiltrées ne peuvent être guéries que chirurgicalement.

S. Fernet.

Boletin de la Sociedad de Obstetrica y Ginecologia (Buenos-Aires).

Syphilis du col de l'utérus (Sifilis de cuello de utero), par José J. Puente. *Boletin de la Sociedad de Obstetrica y Ginecologia*, t. IX, n° 6, 16 juillet 1930, p. 124, 18 fig.

J. P. réunit les divers cas de syphilis du col de l'utérus observés dans le service de Dermatosyphiligraphie de l'Hôpital de Rivadavia depuis 1921. Ces données, complétant les documents bibliographiques antérieurs, servent de base à une monographie très complète de la question.

L'histoire du *chancre du col de l'utérus* se répartit en deux périodes :

Au cours de la première, le chancre mou et le chancre syphilitique du col sont souvent confondus. Ricord, lui-même commet cette erreur. La différenciation est faite par ses successeurs et par Rollet.

La deuxième période commence avec les travaux de Fournier qui établit un répertoire des cas authentiques et base sur eux une description clinique précise.

Cet accident primitif serait peut-être plus fréquemment observé si on le cherchait systématiquement.

Il se présente sous trois formes : papuleuse, ulcéreuse et hypertrophique. Le col est assez souvent œdématié ; son induration est un

symptôme capital qui justifie la dénomination ancienne de sclérose du col. Elle peut avoir pour conséquence de la dysménorrhée, une obstruction, une infection secondaire (pyométrite).

L'adénopathie régionale est en général impossible à apprécier, les lymphatiques du col se rendant aux ganglions lombaires. Quelques-uns cependant, suivant le ligament rond, aboutissent aux ganglions inguinaux.

Le spirochète est difficile à trouver. Sa recherche demande de la patience.

L'examen histologique montre des lésions typiques qui constituent un élément précieux de diagnostic lorsque le Wassermann est encore négatif et qu'on ne trouve pas de spirochètes.

L'auteur passe en revue les différentes causes d'erreur qui exigent un diagnostic différentiel : (érosions, ulcérations et végétations tuberculeuses, aphtes, carcinome, lésions dues à l'association fuso-spirillaire, brûlures, etc.).

L'étude de la *syphilis secondaire du col* de l'utérus met encore en avant le nom de Fournier. Son histoire commence avec ses descriptions. Les syphilides sont érosives, papuleuses ou ulcéreuses. Le tréponème y est en général plus facile à mettre en évidence que dans le chancre.

L'examen histologique montre des lésions d'endopérivascularite, de l'infiltration lymphocytaire, des plasmazellen, et, parfois, des cellules géantes.

Le diagnostic doit être fait avec le chancre dur et avec les macules blennorragiques, constituées par une constellation d'éléments rouges séparés les uns des autres et qui, suivant les cas, sont punctiformes, miliaires ou atteignent la grosseur d'un pois.

La syphilis tertiaire du col est connue depuis une observation d'Astruc (1775).

Les lésions typiques se présentent sous trois aspects : gomme isolée, gomme ulcérée et infiltration gommeuse. D'autres fois, on observe des altérations qui apparaissent plutôt comme des séquelles de la syphilis : ce sont la leucoplasie et la sclérose.

Les observations de J. P. sont au nombre de 60. On compte 29 chancres et 28 cas de syphilides secondaires. Il n'a pu découvrir de lésions tertiaires. Les syphilis anciennes sont représentées par trois cas de leucoplasie.

J. Margarot.

La Semana Medica (Buenos-Aires).

A propos d'une dermatose régionale argentine Prurigo simple aigu avec lichénification circonscrite de Patagonie (A proposito de una dermatosis regional argentina. Prurigo simple agudo con liquenification circunscrita de la Patagonia), par Ludovico Facio. *La Semana Medica*, t. XXXVII, n° 29, juillet 1930, p. 172, 16 fig.

Le prurigo simple aigu avec lichénification circonscrite de Patagonie est une affection très prurigineuse, caractérisée par un élément éruptif unique : la papule hémisphérique ou acuminée. Elle est de bords diffus, de consistance ferme, de coloration rouge. Une vésicule opaline éphémère la surmonte. Le grattage déforme cette lésion élémentaire, ajoute des excoriations, des lichénifications et retarde sa résolution.

L'éruption occupe surtout les régions découvertes, la face, les avant-bras, les mains, les jambes et les pieds. Sa durée est de 2 à 8 mois.

L'évolution peut être divisée en 3 périodes : une période initiale se caractérise par l'apparition de papules aiguës ; une seconde période (période d'état) répond à la production de croûtes hématiques et de papules lichénifiées. Dans une dernière période se fait la régression.

La dermatose frappe comme une maladie épidémique tout jeune adulte, colon rural de la Patagonie, lorsqu'il change de climat et de régime alimentaire.

Elle a pour cause prédisposante une insuffisance fonctionnelle du foie. Sa cause déterminante est une intoxication intestinale qui conduit l'organisme à un état d'hypersensibilité ou d'allergie vis-à-vis d'albumines d'origine animale. Sa pathogénie se résume en un choc hémoclasique.

L'affection est bénigne.

Le traitement doit viser les troubles intestinaux et l'insuffisance hépatique et comporte l'emploi des méthodes habituelles de désensibilisation.

La prophylaxie est simple : il suffit de réaliser lentement les changements de régime alimentaire, de manière à permettre l'adaptation de l'organisme. J. MARGAROT.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Traitement par le vaccin antigonococcique de l'Institut viennois de sérothérapie (Behandlungsversuche mit Gonokokkenvakzinen des Wiener Serotherapeuthischen Institutes), par O. RIEGER. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 43e année, no 35, 28 août 1930, p. 1082.

Le vaccin de l'Institut sérothérapique est constitué par des gonocoques tués par le formol. R. l'a employé par voie veineuse, en commençant par une dose de 5 millions pour arriver à 20 millions. Pas d'accidents locaux. La réaction thermique est violente (40°), précoce et courte. Les réactions focales sont fréquentes après l'injection. On répète les injections au bout de 2-3 jours. R. a soigné ainsi 41 épididymites (dont 34 guérisons), 2 infiltrations péri-uréthrales (guéries), 4 prostatites (3 guérisons), 3 arthrites (guéries). L. CHATELLIER.

Bruxelles Médical.

Les intradermo-réactions positives au « luotest » dans la syphilis allergique précoce et tardive, par DUJARDIN et WISER (Bruxelles). *Bruxelles Médical*, 10e année, no 42, 17 août 1930, p. 1133.

Les auteurs pensent que la question des intradermo et cuti-réactions dans la syphilis ne paraît pas avoir suffisamment attiré l'attention. Dans l'immense majorité, en effet, des cas de syphilis, les réactions à la luétine sont tellement banales, qu'elles ne se distinguent guère de celles que donne le produit en dehors de la maladie. Pourtant, dans certains cas bien déterminés, ces réactions sont d'une intensité et d'une forme telles qu'elles acquièrent une signification caractéristique. Les auteurs ont utilisé une luétine obtenue par extraction en partant de syphilomes du lapin riches en tréponèmes. Ils l'ont injectée à 113 malades se répartissant comme suit :

23 cas de syphilis primaire avec 23 résultats négatifs.
19 cas de syphilis secondaire avec 14 résultats négatifs.
10 cas de syphilis secondaire localisée avec 7 résultats négatifs.
19 cas de syphilis latente avec 9 résultats négatifs.
10 cas de syphilis tertiaire avec 3 résultats négatifs.
18 cas de paralysie générale avec 12 résultats négatifs.
10 cas de tabès avec 9 résultats négatifs.
2 cas de syphilis secondaire anallergique tardive avec 2 résultats négatifs.
3 sujets non syphilitiques avec 3 résultats négatifs.

Ces résultats sont, disent-ils, la confirmation des recherches antérieures sur ce sujet, la réaction s'est montrée négative dans le domaine de la syphilis anallergique précoce et tardive et aussi en dehors de la syphilis. Ils donnent le résumé de nombreuses observations.

H. Rabeau.

Cearà Medico.

La Lèpre. Épidémiologie (A lepra. Epidemiologie), par Antonio Justa. *Cearà Medico,* n° 5, mai 1930, p. 11.

La contagion de la lèpre résulte d'un contact direct entre un malade et un individu sain ou d'un apport indirect de germes par des hôtes intermédiaires.

Trois facteurs sont essentiels : un matériel virulent, un individu en état de réceptivité (naturelle ou occasionnelle) et un contact prolongé.

La lèpre est la moins transmissible des maladies contagieuses. Quand le malade n'élimine plus de bacilles, il n'est plus dangereux.

J. Margarot.

Congrès International monographique du Cancer de la peau, 28-30 octobre. — Barcelone.

Contribution à l'étude du cancer de la peau (Aportación al estudio del cáncer de la piel), par Carlos Cardenal. *Congreso International Monografico de Cancer de la Piel*, Barcelone, octobre 1929, 2e volume : rapports, communications, discussions.

Chez un même malade coexistent deux modalités d'épithélioma : l'un est extra-épidémique, l'autre, *pagétoïde*, se développe dans l'épiderme lui-même, ce qui paraît confirmer la théorie de Borst-Jadassohn. Dans un autre cas, un baso-cellulaire pur donne une énorme métastase dont l'histologie est celle d'une forme de transition (baso-spinocellulaire de Komprecher, ou métatypique de Darier et Ferrand). Ce cas est en faveur de la théorie de Komprecher : cet auteur admet que le cancer épidermique dérive directement des cellules basales ; tous les épithéliomas auraient la même origine et leur variété histologique serait la conséquence de leur évolution postérieure.

J. Margarot.

Les réactions locales et générales de l'organisme à l'égard des cancers de la peau, par H. Rubens Duval. *Congreso International Monografico de Cancer de la Piel.* Barcelone, octobre 1929, 2e volume.

Woglom soutient que « l'organisme est incapable de distinguer entre une cellule cancéreuse et un élément normal ». « La cellule maligne, si traîtresse qu'elle soit, se montre sous l'aspect d'un ami et semble être traitée comme telle par l'organisme » qui « répond même favorablement aux demandes d'une tumeur et lui fournit des vaisseaux sanguins ainsi qu'un stroma de support ».

Contrairement à cette affirmation, l'auteur prétend que l'organisme tend à rétablir l'équilibre détruit par le cancer et cela surtout au moyen de réactions compensatrices du tissu conjonctif. La guérison spontanée de certains cancers expérimentaux provoqués par le goudron, la régression de certaines autres tumeurs plaident déjà en faveur de cette manière de voir.

L'activité des cellules de Langerhans dans le cancer, démontrée par plusieurs auteurs, tendrait vers l'acquisition d'une immunité locale. Diverses recherches concordent pour établir que c'est dans les cellules cancéreuses elles-mêmes qu'existent les substances qui stimulent indéfiniment la prolifération cellulaire.

La lenteur d'évolution, la faible malignité des cancers de la peau, au moins à leur début, est peut-être leur caractère le plus général. Il semble qu'il doive être attribué à la richesse des téguments en tissu conjonctif particulièrement apte à réagir.

J. Margarot.

Hypercholestérinie tissulaire et cancer de la peau (Hipercolesterinia tisular y cáncer de la Piel), par A. H. Roffo. *Congreso international monografico de Cancer de la Piel.* Barcelone, octobre 1929, 2e volume. Barcelona. Typ. Occitania.

Dans les tumeurs cutanées et dans les lésions précancéreuses de même siège le taux de la cholestérine est beaucoup plus élevé que dans la peau normale. L'hypercholestérinémie des cancéreux ou des sujets en état de précancer est également très accentuée.

D'autre part, l'étude comparée de la teneur en cholestérine de la

peau normale de la face et de la peau du ventre, montre que cette substance est beaucoup plus abondante au niveau de la face. Ce fait est peut-être une des raisons de la plus grande fréquence des cancers cutanés de cette région. J. MARGAROT.

Les formes baso-cellulaires de la maladie de Bowen, par CIVATTE. *Congreso internacional monographico del Cancer de la Piel.* Barcelone, octobre 1929, 2e volume. Barcelona. Tip. Occitania.

Il existe des lésions cutanées qui répondent cliniquement à la maladie de Bowen, mais dont l'histologie paraît différente. On ne trouve ni mitoses nombreuses, ni monstruosités cellulaires, ni grains cornés. D'autre part, le corps muqueux, recouvert d'une épaisse couche cornée parakératosique, très épaissi, envoie d'énormes bourgeons revêtus encore d'une membrane basale dans le corps capillaire. Dans sa moitié inférieure, il est constitué par de nombreuses assises de cellules basales.

On doit admettre par suite que la maladie de Bowen comporte deux types de lésions :

Le plus connu est caractérisé par un désordre malpighien particulier, aboutissant à la formation de grains cornés.

L'autre type, plus discipliné, comporte d'abord une prolifération régulière et hâtive par division directe des couches profondes du corps muqueux, puis une parakératose spéciale.

Suivant que l'un ou l'autre type prédomine, on se rapproche ou on s'éloigne davantage de la forme Bowen-Darier. Aux deux extrémités de la série se trouvent les formes pures ou presque pures : d'une part, la *forme classique* ; d'autre part, la *forme baso-cellulaire.*

Le lien qui les unit est démontré par l'étude des premières étapes de la maladie et par la marche des lésions :

La dermatose de Bowen est constituée par une infinité de foyers minuscules, indépendants les uns des autres, formant de petits îlots clairs, bien limités et présentant la même disposition essentielle.

L'altération fondamentale, la seule qui se retrouve dans toutes les cellules malades, c'est la disparition de l'appareil filamenteux endoplasmique, ou du moins la perte de ses affinités colorantes.

J. MARGAROT.

Epithéliomas à diverses époques de leur évolution et préépithéliomas chez un même malade (Epitheliomas en diversos periodos de evolución y preepitheliomas en un mismo enfermo), par P. UNNA. *Congreso internacional monografico de Cancer de la Piel*, octobre 1929, Barcelona Tip. Occitania.

P. U. divise les précancers en trois groupes :

1° Les épithéliomas baso-cellulaires ou basaliomes, parmi lesquels figurent l'épithélioma pagétoïde de Darier, l'épithélioma érythématoïde de Graham Little et le carcinoïde d'Arning.

2° Les kératoses séniles et toxiques.

3° Les dermatoses de Bowen et de Paget.

Il apporte des photographies de deux malades présentant des lésions précancéreuses et des épithéliomas. Chez l'un d'eux, ayant une « peau de matelot », on trouve associés une lésion précancéreuse de l'oreille, des éléments d'épithélioma spino-cellulaire avec des globes cornés, des éléments baso-cellulaires et des altérations dont la structure est celle de la dermatose de Bowen. La transformation du précancer en cancer est cliniquement presque imperceptible.

J. MARGAROT.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

La réaction d'éclaircissement de Meinicke (M. K. R) : Modifications personnelles et étude comparative avec la réaction de Kahn portant sur 4.000 sérums (La reaccion de aclaramiento de Meinicke (M. K. R.) : Modificaciones personales y estudio comparativo con la reaecion de Kahn en 4.000 sucros), par ENRIQUE ALVAREZ SAINZ DE AJA. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, no 7, avril 1930, p. 505.

Les quatre techniques : 1° Meinicke-Klärungs Reaktion ; 2° Kahn ; 3° Muller-Bällung ; 4° Wassermann, sont de la plus haute valeur diagnostique. Les deux premières sont les meilleures à cause de leur sensibilité. Les deux autres exposent plus fréquemment à des erreurs.

L'auteur utilise pour la M. K. R. un antigène coloré (5 centigrammes de bleu Victoria pour 100 centimètres cubes d'antigène).

La comparaison de cette réaction avec celle de Kahn (pratiquées l'une et l'autre sur 4.000 sérums), démontre leur équivalence dans les syphilis actives primaires, secondaires, tertiaires, quaternaires et congénitales. La M. K. R. présente une supériorité manifeste dans les syphilis latentes.

J. MARGAROT.

Modifications du liquide céphalo-rachidien consécutivement à l'inoculation du paludisme (Modificaciones del liquido cefalorraquideo despues de la paludizacion), par E. ENTERRIA et M. HOMBRIA. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, no 7, avril 1930, p. 511.

Les modifications les plus constantes portent sur la lymphocytose et sur l'hyperalbuminose. Les réactions des globulines (celle de Pandy surtout) viennent ensuite parmi celles qui sont favorablement influencées. Les altérations les plus rebelles sont les réactions colloïdales et la réaction de Wassermann, qui persistent inaltérables dans la majorité des cas.

Les éléments cliniques et humoraux de la paralysie générale progressive obéissent mieux à la malariathérapie que ceux du tabès. L'amélioration humorale coïncide habituellement avec l'amélioration clinique.

J. MARGAROT.

Pathogénie et traitement des tuberculoses cutanées (Patogenia y tratamiento de las tuberculosis cutaneas), par J. BEJARANO. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, no 7, avril 1930, p. 516.

L'auteur étudie successivement les trois facteurs qui interviennent dans la pathogénie des tuberculoses cutanées : la prédisposition individuelle, le mécanisme de la contagion et la capacité immunisante ou allergique de l'organisme.

Il a pu suivre des malades de Covisa traités par la méthode diététique de Gerson et a pu en apprécier la valeur, lorsqu'elle est instituée conjointement avec d'autres méthodes thérapeutiques déjà sanctionnées par la pratique. J. Margarot.

Traitement de l'acné chéloïdienne de la nuque (Tratamiento del acne queloidiano de la nuca), par Eduardo Ledo. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, n° 7, avril 1930, p. 525, 2 fig.

Les traitements actuellement recommandés exigent des appareils coûteux.

L'auteur leur préfère la technique qu'il a réglée et qui utilise successivement l'épilation, la cautérisation des pustulettes folliculaires, les scarifications, la neige carbonique et l'ionisation. Les diverses séances sont séparées par des intervalles variables, au cours desquels on fait des applications d'une solution iodo-iodurée.

J. Margarot.

Sur quelques dermatoses traitées par des injections d'un extrait de rate (Note préliminaire) (Sobre unas dermatosis tratadas con inyecciones de extracto de bazo) (Nota previa), par Miguel Forns. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, n° 7, avril 1930, p. 535.

M. F. utilise un extrait de rate désalbuminé dosé à 2 et à 4 centigrammes par centimètre cube.

Chez un premier malade atteint d'eczéma séborrhéique de la totalité de la face et du cou, il injecte, tous les 2 ou 3 jours, des doses progressivement croissante de 2 à 10 centimètres cubes. Le prurit disparaît après 3 ou 4 piqûres. A la 2e, l'amélioration est franche. La guérison est obtenue en un mois.

Un second malade présente un lichen plan de Wilson. La guérison est obtenue avec la même facilité que dans le cas précédent.

J. Margarot.

Cinquante-cinq cas de teigne du cuir chevelu traités par l'acétate de thallium (Cincuenta y cinco casos de tiña del cuero caballudo tratados con el ecetato de talio), par Echevarria. *Actas Dermo Sifiliograficas*, 22e année, n° 7, avril 1930, p. 537.

Chez 55 enfants teigneux, traités par l'acétate de thallium, deux incidents seulement ont été notés : une arthralgie et une blépharite. L'une et l'autre ont guéri en peu de jours.

Le petit nombre des accidents, leur bénignité, l'excellence des résultats permettent de considérer la technique comme un procédé d'épilation à mettre en première ligne pour le traitement des teignes.

J. Margarot.

Ostéopériostite syphilitique (Osteopariositis sifilitica), par R. Bertoloty. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, n° 7, avril 1930, p. 540, 4 fig.

Une ostéopériostite syphilitique des deux os de l'avant-bras se développe chez un sujet traité 6 mois auparavant par des injections de novarsénobenzol et de bismuth pour des manifestations douloureuses de la colonne vertébrale dues à un pseudo-mal de Pott.

L'auteur souligne l'intérêt que présentent chez les malades de cet ordre : d'une part, la modification de l'état général par la suralimentation et par l'héliothérapie ; d'autre part, la modification des lésions locales par les rayons X, qui sensibilisent l'os aux médications spécifiques. J. Margarot.

Les réactions allergiques à la trichophytine chez les lépreux. Note préliminaire sur les résultats thérapeutiques (Las reacciones alergicas a la tricofitina en los leprosos y note previa sobre los resultados terapeuticos), par J. Bejarano et E. Enterria. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, n° 7, avril 1930, p. 546.

B. et E. emploient la trichophytine en cuti-réactions et en injections intradermiques chez 8 lépreux (2 cas de lèpre mixte et 6 cas de lèpre tubéreuse) sans obtenir aucune réaction précoce ou tardive.

Le bacille de Hansen est considéré comme un mycobacterium. Cette analogie lointaine avec les trichophytons a incité B. et E. à utiliser la trichophytine en injections intraveineuses dans le traitement de la lèpre, malgré les résultats négatifs des épreuves allergiques.

Les auteurs injectent 0 cc. 5 à 1 centimètre cube d'une dilution à 1 p. 10. La tolérance est parfaite. A peine observe-t-on un peu de céphalgie et de légers malaises.

Il se produit, au cours des premières heures, une réaction focale consistant en une congestion et un prurit intense au niveau des lépromes. A cette phase congestive fait suite une anémie marquée : les lésions nodulaires pâlissent et se dépriment. Certains tubercules se ramollissent et donnent lieu à un écoulement purulent, puis s'affaissent.

Un autre fait intéressant consiste en l'élimination massive de bacilles par le mucus nasal. Cette particularité a permis de mettre en évidence le bacille de Hansen chez une malade atteinte de lèpre anasthésique. Tous les examens bactériologiques antérieurs avaient été négatifs.

J. Margarot.

Pityriasis rubra pilaire infantile (Quelques considérations sur un cas de cette affection) (Pitiriasis rubra pilar infantil. Algunas consideraciones sobre un caso de la misma), par Huberto Sanz et Benitez. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, n° 7, avril 1930, p. 550.

Un cas de pityriasis rubra pilaire au début, observé chez un jeune malade de 13 ans, permet à S. et B. de souligner la fréquence des formes frustes de cette affection.

Dans les kératodermies palmaires et plantaires qui ne sont ni héréditaires (bien que l'on ait publié des cas de pityriasis rubra pilaire

héréditaire) ni symptomatiques, une observation attentive permettrait peut-être de diagnostiquer plus souvent ces formes frustes ou initiales.

Les idées de Milian relatives à la nature tuberculeuse de la maladie semblent devoir être admises aujourd'hui. Le cas actuel constitue un nouveau fait en faveur de cette hypothèse. J. Margarot.

L'inoculation du paludisme dans la paralysie générale progressive (Methode de Wagner von Jaurreg) (La inoculacion de paludismo en la paralisis general progressive. Metodo de Wagner von Jaurreg), par E. Alvarez Sainz de Aja et R. Bertoloty. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, n° 7, avril 1930, p. 553.

Les auteurs apportent des conclusions basées sur 64 observations personnelles et sur les faits nombreux de la bibliographie mondiale. Ils discutent le mécanisme de la malariathérapie, soulignent sa valeur thérapeutique, posent ses indications et ses contre-indications et en précisent la technique.

La réaction d'Herxheimer causée par l'hématozoaire rappelle celle que provoque parfois la salvarsanothérapie et survient dans des conditions semblables. L'inoculation du paludisme doit être intercalée entre deux cures de traitement spécifique, plutôt qu'une cure de néosalvarsan entre deux inoculations. J. Margarot.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Un cas de maladie de Nicolas et Favre (quatrième maladie vénérienne) (Un caso de enfermedad de Nicolas-Favre, cuarta enfermedad venerea), par Sanchez Cayetano. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 6e année, n° 58, juillet 1930, p. 571.

On a publié peu de chose en Espagne sur la maladie de Nicolas et Favre.

Dans le cas observé par S. C., le diagnostic se fonde sur le siège de l'inflammation dans le groupe ganglionnaire supéro-interne de l'aîne et dans le groupe iliaque, sur le début par un seul ganglion, qui seul, s'est ramolli, sur le caractère de la suppuration, sur l'existence antérieure d'une ulcération du filet. Le syndrome s'accompagnait d'une leucocytose modérée avec mononucléose intense. Le Wassermann était négatif. J. Margarot.

Insuffisance de la pommade de Metchnikoff dans la prophylaxie individuelle de la syphilis (Insuficiencia de la pomada de Metchnikoff en la profilaxis individuel de la sifilis), par Perez Guzman. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 6e année, n° 58, juillet 1930, p. 575.

Un chancre syphilitique se développe chez un sujet, malgré l'application d'une pommade au calomel après le coït infectant.

Chez un autre, qui utilise régulièrement la même préparation, apparaissent des accidents secondaires avec Wassermann positif, sans que jamais la moindre ulcération génitale ait été constatée.

J. Margarot.

La Dermatologie et la Syphiligraphie à Barcelone. Chronique mensuelle, par F. Wust Berdaguer. Hôpital de Notre-Dame du Sacré-Cœur. Session du 19 février 1930.

Considérations sur un cas de syphilis héréditaire cutanée (Consideraciones acerca de un caso de sifilis hereditaria terciaria), par Cabré Claramunt. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 6e année, n° 58, juillet 1930, p. 579.

Des tubercules cutanés, friables et translucides à la vitro-pression, semblent justifier le diagnostic de nodules lupiques.

Des ulcérations gommeuses du dos, des cicatrices pigmentées, des altérations dystrophiques font soupçonner une syphilis, qui est bientôt démontrée par les réactions sérologiques.

Il s'agit, comme dans les cas publiés par Nicolas et Favre, d'un cas typique de scrofule luétique, dont la syphilis paraît être l'unique cause.

J. Margarot.

La Dermatologie et la Syphiligraphie à Barcelone. Chronique mensuelle, par F. Wust Berdaguer. Hôpital de Notre-Dame du Sacré-Cœur. Session du 17 avril 1930.

Valeur diagnostique des méthodes sérologiques dans le diagnostic de la syphilis et de la tuberculose (Valor clinico de los metodos serologicas en el diagnostico de sifilis y tuberculosis), par M. Piera Flo. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 6e année, n° 58, juillet 1930, p. 582.

Chez des tuberculeux, les réactions sérologiques positives pour la syphilis sont injustifiées dans la proportion de 16 o/o. D'autre part, des syphilitiques en pleine période secondaire présentent, dans 72 o/o des cas, des réactions tuberculeuses positives non spécifiques.

J. Margarot.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Association de la neurosyphilis symptomatique avec les divers types de syphilis tertiaire (Association of clinical neurosyphilis with various types of tertiary syphilis), par Hopkins. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXII, n° 2, août 1930, p. 232.

Statistique établie en 13 ans sur 1.371 cas de syphilis nerveuse montrant la rareté des manifestations tertiaires (exception faite pour les lésions cardio-vasculaires) au cours des neuro-syphilis parenchymateuses (tabès et paralysie générale) et leur relative fréquence au cours des neuro-syphilis méningo-vasculaires. S. Fernet

L'hypersensibilité de la peau à l'arsphénamine déterminée par la réaction de contact ; ses rapports avec l'érythrodermie arsénobenzolique (Hypersensitiveness of the skin to arsphenamine as determined by the contact test; its relationship to arsphenamine dermatitis), par Chargin, Sulzberger et Crowley. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXII, n° 2, août 1930, p. 237.

Pour déterminer le degré de sensibilité cutanée à l'arsphénamine, les auteurs ont appliqué sur le dos de leurs malades des compresses imbibées d'une solution à 10 o/o d'arsphénamine, recouvertes de taffetas gommé. Ils ont évité de recourir aux intradermo- et aux cuti-réactions qui sont capables de créer l'hypersensibilité.

Sur 293 sujets non syphilitiques, 60 (21 o/o) ont présenté des réactions positives. Sur 200 syphilitiques, 35 (17 o/o) ont réagi. Les syphilitiques n'ont, par conséquent, pas présenté de sensibilité spéciale. Deux cas d'érythrodermie arsenicale ont été observés précisément chez des malades dont la peau ne réagissait pas antérieurement aux applications d'arsphénamine.

Le test de contact ne peut donc faire prévoir cette complication.

S. Fernet.

Dégénérescence maligne d'un rhinophyma (Rhinophyma with carcinomatous degeneration), par Novy. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXII, nº 2, août 1930, p. 270.

Épithélioma spino-cellulaire développé sur un rhinophyma chez un homme de 76 ans, porteur en outre d'un épithélioma baso-cellulaire de la joue.

S. Fernet.

Maladie de Paget du mamelon chez l'homme (Paget's disease of the male nipple and areola), par Rubenstein. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXII, nº 2, août 1930, p. 279, 12 fig.

R. publie, en raison de sa rareté, l'observation d'un cas de maladie de Paget du mamelon chez un homme de 57 ans. Discussion de la pathogénie à propos de l'examen histologique.

S. Fernet.

Ichtyose hystrix chez un Chinois (Ichthyosis hystrix in a Chinese), par McFarland. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXII, nº 2, août 1930, p. 307, 1 fig.

Aux 56 cas décrits d'ichtyose hystrix McF. ajoute, à titre de documentation, la photographie d'un cas observé en Chine et remarquable par le développement extraordinaire des excroissances cornées, transformant le porteur en un véritable monstre épineux.

S. Fernet.

The American Journal of Syphilis (Saint-Louis).

L'immunité acquise dans la syphilis (Acquired immunity in syphilis), par Chesney. *The American Journal of Syphilis*, vol. XIV, nº 3, juillet 1930, p. 289.

Exposé documenté des faits expérimentaux et des conceptions actuelles relatives à l'immunité dans la syphilis.

Les caractères de cette immunité sont particuliers : elle n'est ni

complète ni générale dans sa distribution, elle est localisée dans certains tissus plus que dans d'autres sans être une propriété particulière de certaines cellules ; elle paraît, cependant, être une propriété des tissus et non du sang, mais ne dépend pas nécessairement de l'allergie. Elle ne peut être reproduite par aucune méthode d'immunisation et n'est réalisée que par les manifestations de la maladie elle-même ; pour se maintenir, elle ne dépend pas nécessairement de la persistance de la maladie. S. FERNET.

Note sur l'action du « Bayer 205 » (Germanine) sur les trypanosomiases et les spirochétoses (A note on the trypanocidal and spirocheticidal activity of « Bayer 205 » (Germanin)), par KOLMER. *The American Journal of Syphilis*, vol. XIV, n° 3, juillet 1930, p. 32.

K. a expérimenté sur des lapins porteurs de syphilis expérimentale des échantillons de Germanine (« Bayer 205 »), produit dont la composition est tenue secrète, mais annoncé comme ne contenant ni arsenic ni mercure, comme particulièrement actif dans la maladie du sommeil et le nagana des poules et moins toxique que les arsénobenzols.

Injecté à des lapins syphilisés, le « Bayer 205 » s'est montré presque complètement dépourvu d'action tréponémicide ; il est, par conséquent, inutilisable dans la syphilis. S. FERNET.

L'effet de la chaleur produite par un oscillateur de très haute fréquence sur la syphilis expérimentale du lapin (The effect of heat produced by an ultra-high frequency oscillator on experimental syphilis in rabbits), par CARPENTER et BOAK. *The American Journal of Syphilis*, vol. XIV, n° 3, juillet 1930, p. 346.

Ayant observé une élévation de température chez les individus qui se trouvent dans le champ des émetteurs de T. S. F. à ondes courtes, C. et B. ont construit un appareil similaire qui leur a permis d'élever à volonté la température des animaux d'expérience.

25 lapins, auxquels on venait d'inoculer la syphilis, ont été placés dans cet appareil tous les jours pendant une 1/2 heure ; leur température s'élevait de 3 à 5°. Un seul de ces animaux présenta un chancre d'inoculation alors que la syphilis expérimentale se développait dans les délais normaux chez tous les animaux de contrôle.

Ces expériences confirment les faits observés à la suite des bains chauds prolongés : la syphilis inoculée à des lapins ne se développe pas lorsque, par un procédé quelconque, on arrive à élever leur température d'au moins 4° pendant une 1/2 heure environ, tous les jours, à partir du moment de l'inoculation ou même à partir du 4e jour après celle-ci. S. FERNET.

Etudes des réactions de Wassermann, de Kahn et de Vernes sur des spécimens identiques de sérum après réactivation (A study of the provocative Wassermann, Kahn and Vernes flocculation tests for syphilis on identical specimens of serum), par LYONS. *The American Journal of Syphilis*, vol. XIV, n° 3, juillet 1930, p. 366.

L. a observé, qu'après les réactivations, la réaction de Vernes est quelquefois positive alors que les réactions de Kahn et de Wassermann restent négatives. Utilité dans ces cas, de pratiquer plusieurs réactions différentes. S. Fernet.

Acta Dermatologica (Kyoto).

Etude des colorations du spirochète du typhus récurrent : les différences de coloration entre le spirochète du typhus récurrent et le tréponème pâle (Studien über die Färbung der Recurrensspirochäta ; über den färberischen Unterschied zwischen der Recurrens-und den Syphilis spirochäten), par Sawada. *Acta Dermatologica*, vol. XV, fasc. 4, avril 1930, p. 346.

On trouvera dans le résumé de ce travail les énumérations de 460 méthodes de coloration des spirochètes, des 67 colorants du S. d'Obermeier qui ne colorent pas le tréponème pâle, des 11 colorants du tréponème pâle qui ne colorent pas le *S. Obermeieri*, etc.

S. Fernet.

Sur la prophylaxie des maladies à spirocthèes (Ueber die Prophylaktica der Spirochätenkrankheiten), par Takatsu. *Acta Dermatologica*, vol. XV, fasc. 4, avril 1930, p. 409.

Pour étudier la valeur prophylactique de divers antiseptiques, T. a pratiqué des inoculations cutanées du spirochète du typhus récurrent et de celui du sodoku à des animaux réceptifs puis, après des intervalles de temps variables, a fait agir sur le point d'inoculation les divers antiseptiques étudiés. Ces expériences lui ont montré que les antiseptiques réputés les plus actifs n'empêchent le développement de ces infections qu'à condition d'être appliqués immédiatement après l'inoculation. Il en est ainsi pour les sels de quinine, le calomel, les produits arsenicaux, la teinture d'iode, etc. Appliqués immédiatement, ces produits et en particulier le calomel en poudre et les dérivés de l'arsénobenzol, ont empêché le développement des infections chez les animaux inoculés ; appliqués 5 minutes après l'inoculation, ils n'ont préservé qu'une partie des animaux ; chez ceux des animaux où l'infection s'est déclarée malgré l'application antiseptique, la durée de l'incubation a été nettement allongée. S. Fernet.

Recherches sur l'immunité dans les maladies à spirochètes. I. Immunité locale dans la syphilis (Immunitätforschung der Spirochætenkrankheiten. I Mit. Lokale Immunität bei der syphilis), par S. Yoshida. *Acta Dermatologica*, vol. XVI, f. 2, août 1930, p. 193 (résumé en allemand).

L'immunité locale partielle apparaît plus tôt que l'immunité générale. Pour étudier la première, l'auteur a eu recours aux réinoculations. Des lapins inoculés dans la peau du scrotum droit sont traités par As, à divers intervalles après l'inoculation. Un mois après le traitement. ces mêmes animaux sont réinoculés à la fois dans la partie déjà inoculée au scrotum et dans la partie indemne. Les lapins traités longtemps

après la première inoculation ne présentent aucun signe de réinfection ; on note cependant une réaction inflammatoire plus vive à droite qu'à gauche. Sur les lapins traités plus tôt, la réinfection se produit (immunité générale faible) et le chancre de réinoculation est beaucoup plus petit à droite qu'à gauche. L'incubation du nouveau chancre est beaucoup plus longue du côté droit. L. CHATELLIER.

Lues (Bulletin de la Société Japonaise de Dermatologie) (Kyoto).

Recherches sur les colorations du spirochète du sodoku (Färberische Untersuchung der Rattenbiss-spirochæta), par SAWADA. *Lues*, vol. V, n° 1, juin 1930, p. 2.

S. a recherché une coloration permettant de différencier le *Treponema morsus muris* du *Tréponème pâle* et du *Spirochète d'Obermeier*. Sur les 200 méthodes de coloration du tréponème de la syphilis et du spirochète du typhus récurrent, 73 ne coloraient pas le tréponème du sodoku. Le meilleur colorant de celui-ci paraît être le bleu d'azur V. R. D'une façon générale, ce spirochète se colore le mieux par les colorants basiques ; parmi les colorants acides, la phloxine et le violet de Guinée peuvent précisément servir pour les colorations négatives. Le bleu alcalin 3B est le seul colorant qui ne colore aucun des trois spirochètes. Le bleu de Chine et le bleu brillant à laine G, qui colorent le tréponème pâle, ne colorent ni le *Treponema morsus muris* ni le *Spirochæta Obermeieri*. Il n'existe pas de colorant exclusif du tréponème du sodoku.

S. FERNET.

Recherche des tréponèmes dans le sang des lapins après inoculation intraveineuse (Der Spirochætennachweis im kreisenden Blute von Kaninchen nach der intravenösen Infektion), par KATO et YOSHIDA. *Lues*, vol. V, n° 1, juin 1930, p. 3.

K. et Y. ont inoculé dans le scrotum de lapins sains du sang prélevé à des lapins syphilisés par injection intraveineuse d'une suspension tréponémique. Le sang prélevé 5 heures après cette inoculation intraveineuse produisait chez le lapin sain un chancre typique. Le sang prélevé 24 heures après l'inoculation, ne syphilisait plus les lapins. 22 jours après l'inoculation, le sang transmettait à nouveau l'infection syphilitique. S. FERNET.

De la superinfection syphilitique et pianique chez le lapin et de l'inoculation croisée des deux spirochètes (Ueber Superinfektion der Kaninchensyphilis und Framboasia und Kreuzimpfung der beiden Spirochæten), par TAKATSU et KATO. *Lues*, vol. V, n° 1, juin 1930, p. 4.

T. et K. ont pratiqué une série de superinfections et d'infections croisées de syphilis et de pian sur des lapins. Leurs expériences leur ont permis de constater que la syphilis créait chez le lapin un certain degré d'immunité contre le pian. S. FERNET.

Roussky Vestnik Dermatologuii (Moscou).

Le métabolisme de l'azote et des sels dans le psoriasis, par K. G. Patkanian. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 3, mars 1930, pp. 229-242.

Après des considérations sur les échanges chez les psoriasiques, l'auteur communique les résultats personnels obtenus par l'étude de l'échange azoté et chloruré faite sur 22 malades aux périodes progressive, stationnaire et régressive de l'affection. L'auteur décrit en détail les calculs des chiffres de l'élimination urinaire de l'azote et de tous ses composés, ainsi que du chlorure de sodium dont les relations avec l'azote sont très étroites.

Les conclusions générales se résument à ceci : au stade progressif, la quantité d'urine ne donne rien de caractéristique, les substances denses sont diminuées. Dans la majorité des cas, l'azote et ses composés sont abaissés, mais l'ammoniaque et le chlorure de sodium sont augmentés. L'échange protoplasmique est diminué par rapport à l'échange nucléaire. L'acidité et la toxicité urinaire sont augmentées. L'oxydation de la particule albumineuse est ralentie considérablement, en somme.

Au stade stationnaire, la quantité des substances denses, de l'azote et de ses composés s'élève, celle de l'ammoniaque et du chlorure de sodium s'abaisse. La toxicité de l'urine diminue, l'échange protoplasmique s'améliore. Au stade régressif, la quantité d'urine se rapproche de la normale. Les substances denses, l'azote et ses composés augmentent, l'ammoniaque et le chlorure de sodium diminuent. L'échange protoplasmique augmente aux dépens de l'échange nucléaire. La toxicité de l'urine diminue. L'azote de l'urée augmente aux dépens de l'azote des combinaisons moins oxydées. L'échange tend donc à revenir à la normale.

Bermann.

Les verrues de l'amiante, par A. P. Dewirtz. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 3, mars 1930, pp. 243-247.

En examinant les ouvriers traitant l'amiante, l'auteur a découvert une affection professionnelle de la peau qui n'est encore décrite par personne. C'est sur la paume des mains, surtout la droite, que cette affection se localise sous forme de 3 à 5, quelquefois davantage, éléments ayant l'aspect d'une papule non inflammatoire, ronde ou polygonale, à surface rugueuse, du volume d'un grain de mil, pour les éléments jeunes, à celui d'un pois, pour les vieux. La disposition des papules est en foyer et correspond à la pénétration des aiguilles d'asbeste dans la peau des faces fléchissantes des doigts et de la paume de la main et de la plante des pieds (ceci en été, lorsque les ouvriers travaillent nu-pieds). Ce sont les jeunes ouvriers à épiderme délicat ou transpirant beaucoup des mains qui sont atteints le plus souvent, bientôt après le début de leur activité. Ces formations occasionnent une douleur à la

pression et à la marche ; les ouvriers les appellent « verrues d'amiante », ce qui prouve qu'ils sont bien au courant de la nature de leur maladie cutanée. A l'aide d'une aiguille, épingle ou autre objet analogue, sinon avec les ongles, les porteurs de ces verrues s'occupent souvent à en extraire l'amiante, mais ce n'est qu'un palliatif, car, tant que l'extraction n'est pas profonde, les verrues récidivent sur la même place.

Histologiquement, on trouve dans l'épiderme une hyperkératose considérable, une acanthose ; dans le derme, on constate une infiltration à cellules rondes et polymorphes, localisée à la couche papillaire. Les masses cornées montrent des cristaux d'asbeste, qui provoquent une prolifération intense des cellules, des couches épineuse et basale, avec cellules géantes. Le derme montre une sclérose et une infiltration des cellules lymphoïdes, donc des phénomènes d'inflammation chronique. L'étude histologique prouve que le processus marche non pas en profondeur, mais en hauteur, les cristaux d'asbeste se recouvrant progressivement par des couches cornées et s'éloignant ainsi de la place de la pénétration initiale.

Quant au traitement, ce n'est que l'intervention chirurgicale qui guérit radicalement les « verrues d'asbeste ».

BERMANN.

La ponction du IVe ventricule et sa valeur dans le séro-diagnostic de la neuro-syphilis, par L. M. MARKUS. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, nº 3, mars 1930, pp. 248-255.

Après avoir décrit les techniques différentes utilisées par les auteurs dans la ponction du ventricule bulbo-cérébelleux, l'auteur décrit ses impressions personnelles basées sur 150 cas.

L'auteur ponctionne dans la position couchée qui présente l'avantage de fournir le liquide céphalo-rachidien sans l'emploi d'aucun artifice (aspiration, effort, pression, etc.), car dans cette position la pression du liquide céphalo-rachidien est positive dans le IVe ventricule. D'autre part, les accidents sont rares, si l'on se sert de cette technique. En effet, l'auteur n'a eu que 5 cas de méningisme dont 3 durables et 2 passagers. L'état des malades après la ponction reste généralement bon, ce qui lui a permis, ainsi qu'à d'autres médecins, de pratiquer la ponction d'une manière ambulatoire. Après la ponction, le malade doit être assis pendant 2-3 heures, après quoi il peut s'en aller. Les plaintes subjectives se résument en céphalées passagères et en douleurs à l'endroit de la ponction. Dans 11 cas, l'aiguille à ponction a fourni du sang et il a fallu ou bien remettre la ponction à une autre fois, ou bien la refaire à un autre endroit. Les contre-indications à la pratique de la ponction du IVe ventricule sont : l'âge avancé avec artério-sclérose, les déformations traumatiques et cicatricielles du crâne, les tumeurs cérébrales, surtout de la partie postérieure. Les malades nerveux, neurasthéniques, agités, etc., qui ne peuvent pas se tenir tranquilles ne doivent pas également être ponctionnés.

Au point de vue de la comparaison des résultats d'examen du liquide céphalo-rachidien, la ponction du IVe ventricule ne présente pas de différences notables de celle faite par la voie lombaire, qu'elle ne peut, par conséquent, pas remplacer. Or, la ponction du IVe ventricule possède des avantages qui consistent en absence de méningisme, la possibilité d'être faite en polyclinique sans faire perdre beaucoup de temps au malade, la possibilité d'être pratiquée plus souvent que la ponction lombaire et de servir de voie d'introduction médicamenteuse. Mais son réel avantage est surtout souligné dans les cas d'anomalies et d'affections de la colonne vertébrale ne permettant pas l'application de la ponction lombaire. BERMANN.

Contribution au traitement de la syphilis par le salyrgan-salvarsan, par K. M. IGEVSKY. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 3, mars 1930, pp. 256-270.

Après quelques considérations générales sur la méthode de Linser (injections intraveineuses de mélange de néosalvarsan et de mercure) et la préparation allemande, le salyrgan (solution alcaline à 10 o/o, transparente et stérile, d'un composé mercuriel organique renfermant 0 gr. 03622 de Hg par centimètre cube), l'auteur rapporte ses observations personnelles sur le traitement de la syphilis par la combinaison novosalvarsan (néo-russe)-salyrgan. Le salyrgan s'employait aux doses de 0 cc. 50 à 2 centimètres cubes qui étaient ajoutées aux solutions de novo de 0 gr. 30 à 0 gr. 60 à 5-10 o/o, puis le tout était additionné d'eau distillée jusqu'au volume total de 5 à 20 centimètres cubes. La combinaison ainsi reçue était transparente et ne provoquait pas de phlébites. Les injections intraveineuses étaient faites 2 fois par semaine durant 4 semaines, ce qui fournissait au total 3 gr. 45 à 4 gr. 50 de novo et 0 gr. 2897 à 0 gr. 3622 de mercure.

Le matériel de l'auteur se composait de 56 malades, la plupart des femmes, atteintes de syphilis aux périodes diverses. Dans la plupart des cas de syphilis primaire et secondaire, le spirochète disparaissait après la première injection de novo-salyrgan, dans les premières 24 heures qui suivaient. Les chancres durs guérissaient ordinairement après 2 injections du mélange. Les adénites spécifiques se résorbaient peu à peu et disparaissaient vers la fin du traitement. La roséole ne se voyait plus après 3 injections, mais les autres syphilides secondaires en nécessitaient le double, en moyenne. Les gommes circonscrites cutanées et muqueuses guérissaient également après 3 injections, mais les gommes infiltrées et vastes mettaient bien plus de temps à se cicatriser, allant jusqu'à la fin de la série complète. Les tabétiques supportaient très bien le traitement et leurs douleurs osseuses et céphaliques s'en trouvaient très bien améliorées et guéries au bout de 3-4 injections. La réaction de Bordet-Wassermann était influencée, mais lentement, ne devenant négative, dans la plupart des cas, que 1-2 mois après la terminaison du traitement, ce qui prouve la longue durée de l'action médicamen-

teuse, tout en manquant d'effet cumulatif, car le salyrgan est un diurétique puissant en même temps. Quant aux accidents dus au traitement, il faut noter une albuminurie passagère et peu grave, une forte réaction d'Herxheimer, des troubles gastro-intestinaux, de la fièvre, de la céphalée, mais de degrés faibles et moyens, sans longue durée. L'auteur conclut à la grande efficacité du traitement novo-salyrgan dans tous les stades de la syphilis, à la tolérance même des malades faibles, âgés et recommande instamment de s'en servir. BERMANN.

A propos de la radiothérapie du bouton d'Orient, par M. J. KARLINE. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 3, mars 1930, pp. 271-275.

Se basant sur les données bibliographiques, l'auteur constate que l'arsenal thérapeutique destiné à combattre le Bouton d'Orient comporte un grand nombre de médicaments dont le succès est fort variable et les résultats inconstants. En ce qui concerne la radiothérapie, les auteurs ne la mentionnent presque pas dans les manuels. Le peu d'articles consacrés à la radiothérapie du Bouton d'Alep parlent surtout des cas de Slonime, le radiothérapeute russe de Tachkent, récemment décédé et qui a le premier, dès 1911, employé pour traiter le Bouton des pays chauds les rayons X qui lui ont fourni des résultats positifs. Les 3 cas personnels de l'auteur ont trait à 3 femmes atteintes depuis 8 à 18 mois de Bouton d'Orient traitées sans résultat positif par toutes sortes d'agents. Le diagnostic fut confirmé par l'Institut des Maladies Tropicales de Moscou. La localisation fut à la face dans 2 cas, dont un avait encore un ulcère au membre supérieur et aux deux extrémités supérieures, dans un cas. Le nombre d'éléments fut de 1, 2 et 3.

Le traitement radiothérapique consista en 2-4 séances espacées de 14-20 jours, aux doses de 30 à 50 o/o H. E. D., dureté 150 k.w, filtre d'aluminium de 3 millimètres, en somme les principes de la thérapie demi-profonde des granulomes cutanés.

Tous les 3 cas ont guéri ; dans un cas, la peau de la face a repris son aspect habituel, dans 2 cas, le Bouton d'Alep n'a laissé qu'une pigmentation. La guérison fut obtenue en 2-3 mois, en moyenne. L'auteur conclut qu'étant donnée l'absence de remèdes spécifiques, la radiothérapie doit être préconisée pour sa simplicité, sa propreté, l'absence de douleurs et de complications et l'abréviation de la durée du traitement. BERMANN.

Contribution à la casuistique des morts post-néosalvarsaniques, par G. G. AÏRAPETIANTZ et I. MOUNDÈRE. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 3, mars 1930, pp. 276-282.

Après un bref aperçu bibliographique sur les accidents dus au néo et les causes de morts entraînées par ce médicament, les auteurs rapportent une observation personnelle de décès post-néosalvarsanique.

Il s'agit d'un malade de 23 ans, célibataire, buveur et fumeur modéré

dont le passé pathologique compte une blennorragie à 19 ans, des accès paludiques à 20 ans et une appendicectomie à 21 ans. Rien de particulier aux divers systèmes, à l'entrée dans le service. Le malade présente une induration sous-préputiale située dans le sillon du gland et une sécrétion purulente se dégageant du prépuce. Lymphangite du dos de la verge. Adénopathie inguinale gauche dure et indolore, à droite, cicatrice d'un bubon ouvert. Bordet-Wassermann très positif. Après 3 injections de 1 centimètre cube de cyanure de mercure à 2 o/o, le malade reçoit o gr. 45 de novosalvarsan qui produit dans la soirée une légère ascension thermique jusqu'à 37°2. Le lendemain, réaction d'Herxheimer (roséole du tronc) avec bon état général et température normale. Une semaine après la première injection de néo, le malade reçoit o gr. 60 de novosalvarsan, série 604. Le soir, 37°1 ; le lendemain 38° avec céphalée, courbature ; au bout de 2 jours, coma, vomissement, puis rigidité de la nuque, myosis, absence des réflexes. Malgré toutes les mesures prises, le malade succombe 4 jours après l'injection du novosalvarsan. Les 22 autres malades qui ont reçu, le même jour que le défunt, des injections du néosalvarsan de la même série 604, les ont bien supportées.

L'autopsie et les recherches histologiques ont montré une encéphalite hémorragique et une hyperémie de tous les viscères. Les auteurs expliquent la mort du malade par une sensibilité particulière au salvarsan. BERMANN.

La notion de l'allergie en dermatologie, par I. S. MILMANN. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 3, mars 1930, pp 282-299.

L'étude bibliographique et critique très intéressante et très à jour de l'auteur commence par établir les ressemblances et les différences qui existent entre les phénomènes de l'idiosyncrasie et de l'anaphylaxie. L'étude clinique et expérimentale montre que, malgré leurs dissemblances ces phénomènes ont pourtant beaucoup de commun entre eux et peuvent être rapprochés. Puis il démontre que le « phénomène d'Arthus » dans la réaction cutanée qu'il provoque réunit ces deux notions et il passe à l'allergie de Pirquet, qui est une modification qualitative, quantitative et chronologique de la réaction de l'organisme. Les divers auteurs ne sont pourtant pas d'accord sur la notion d'allergie, tout en lui attribuant un sens plus large que ne lui attribuait Pirquet. En analysant leurs opinions, on conclut qu'il y a une allergie congénitale ou idiosyncrasie, une allergie acquise de longue durée ou sensibilisation ; si à l'allergie acquise on ajoute des conditions expérimentales, on obtient l'anaphylaxie. L'allergie réunit et rapproche donc tous ces faits biologiques qu'elle explique et simplifie en même temps.

BERMANN.

Syphilis et mariage, par G. I. MESTCHERSKY. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 4, avril 1930, pp. 348 353.

L'article représente le compte rendu du rapport fait à la Société

Dermato-Vénéréologique de Moscou par son nouveau président, rapport qui a provoqué de nombreuses discussions, un échange d'opinions et des courants divers.

Après avoir rappelé la variabilité des accidents spécifiques et l'évolution souvent capricieuse de la syphilis, l'auteur constate le manque de moyens absolus et sûrs d'apprécier la guérison de cette affection. C'est pour cela que le traitement et l'autorisation du mariage des syphilitiques sont un peu différents selon les auteurs qui, toutefois, s'appuient sur les grandes lignes de conduite tracées par l'éminent Fournier.

Les conclusions de l'auteur se ramènent aux suivantes : les malades ayant commencé le traitement à la période séro-négative du chancre induré, peuvent se marier s'ils se sont traités durant une année, n'ont pas présenté d'accidents cliniques ni sérologiques durant la seconde année, si la réactivation a été négative et si le liquide céphalo-rachidien a été négatif. Avant le mariage, il vaut mieux quand même refaire une série de traitement supplémentaire. En cas de syphilis récente traitée énergiquement pendant 2 ans les sujets qui ne présentent pas de manifestations cliniques ou sérologiques, peuvent se marier aux mêmes conditions, s'ils n'ont pas eu d'accidents durant les troisième et quatrième années de contrôle. Si le traitement a été commencé au stade floride et a donné une abortion apparente, mais avec un Bordet-Wasserman positif dans la troisième ou quatrième année, que le traitement a négativé, le malade peut se marier, à condition d'avoir encore un liquide céphalo-rachidien et un sang négatifs durant 2 années consécutives. Si, dans les mêmes conditions, le Bordet-Wassermann est irréductible, le malade se mariera, devra faire des cures mixtes chaque année, laisser surveiller sa femme, surtout pendant la grossesse et s'abstenir de rapports sexuels durant les règles et au moindre signe de trouble d'intégrité des tégument cutanéo-muqueux. Les vieux syphilitiques, montrant des symptômes, même légers, de syphilis viscérale ou nerveuse, doivent être détournés du mariage, même si les signes cliniques sont guéris depuis 2-3 ans de contrôle. La syphilis viscérale ou nerveuse active et même latente est un obstacle absolu au mariage. Une femme ayant eu naguère la syphilis doit, en cas de grossesse, se soumettre au traitement, même en absence de tout signe de la maladie. La personne syphilitique contractant le mariage doit mettre au courant de son ancienne affection le ou la future partenaire et prévenir, en cas d'accident.

Bermann.

Sur les causes des récidives des dermatomycoses traitées par les rayons X, par M. D. Ryndine. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, no 4, avril 1930, pp. 344-352.

Les causes des récidives des dermatomycoses sont encore insuffisamment étudiées, d'autant plus qu'il est pratiquement fort difficile et parfois même impossible d'établir la différence entre la récidive et la

réinfection, ces deux phénomènes étant malaisés à distinguer surtout chez les malades ambulants, mal isolés et exposés aux risques d'une nouvelle infection. C'est la trichophytie qui récidive le plus fréquemment, puis viennent le favus et la macrosporie. Les récidives sont plus souvent observées dans les formes généralisées que dans les circonscrites. Les ampoules de Coolidge fournissent des résultats supérieurs aux autres.

L'auteur démontre que la cause la plus banale des récidives réside dans l'épilation à la pince qui précède la radiothérapie ou dans celle qui se fait dans un but diagnostique. La preuve en est dans la localisation des récidives qui se produisent aux endroits de l'épilation à la pince, tandis qu'avant la récidive tout le cuir chevelu était atteint. L'épilation pratiquée même selon toutes les règles, laisse toujours à l'intérieur du follicule pileux une certaine quantité de cheveux cassés, dont les restes contiennent des parasites même après l'application des rayons X et qui deviennent une cause de récidives. Les cheveux qui réapparaissent après l'épilation sont habituellement réfractaires à la dose d'épilation ordinaire et servent de ce fait de foyer de dissémination des parasites, donc de récidives. Pour les éviter, l'auteur préconise une rœntgénisation tout au plus 7 jours après l'épilation à la pince. Au cas où ce délai est passé, il vaut mieux attendre que les cheveux aient complètement repoussé, c'est-à-dire 2-2 mois 1/2. BERMANN.

La teneur du phosphore inorganique dans le sang des malades cutanés, par M. JOFFÉ. *Roussky Vestnik Dermatologuii,* t. VIII, n° 4, avril 1930, pp. 353-357.

L'auteur commence par montrer le rôle physiologique dans l'organisme humain normal et malade, les troubles de l'échange phosphoré, puis rappelle le rôle du métabolisme en général dans l'étiologie des affections cutanées, après quoi il passe à ses recherches personnelles sur la teneur du phosphore anorganique dans le sang dans 109 cas de dermatoses variées. L'auteur s'est servi de la méthode de Briggs dans ses examens de sang. Les résultats des investigations de l'auteur sont les suivants : au stade progressif du psoriasis, le taux du phosphore inorganique reste dans les limites normales. Au stade stationnaire, le phosphore inorganique subit une augmentation. La quantité de phosphore est également élevée dans les cas de prurit cutané, de même que dans le lichen ruber plan et acuminé et le lupus vulgaire et érythémateux. L'eczéma aigu montre un abaissement du phosphore anorganique, tandis que l'eczéma chronique offre une élévation. Dans les cas de pemphigus végétant, de dermite herpétiforme de Dühring et de leucémie cutanée, la teneur du sang en phosphore inorganique a été fortement augmentée. L'auteur conclut que la plupart des dermatoses s'accompagnent de modifications de l'échange phosphoré anorganique qui jouent certainement un rôle dans leur étiologie.

BERMANN.

La dynamique et la statique du chancre mou, par N. A. Torsouïéff. *Rousskyi Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 4, avril 1930, pp. 358-374.

Après une revue critique des données bibliographiques russes et étrangères concernant le chancre mou, l'auteur passe à l'analyse du matériel de la Clinique dermato-vénéréologique de Nijni-Novgorod observé durant les années 1926-1928. Toutes ces données bibliographiques et personnelles autorisent l'auteur à conclure ainsi : Le chancre mou constitue en Russie 3,5 o/o des maladies vénériennes en général. Parmi les malades vénériens examinés, il y avait 13,86 o/o ayant eu le chancre mou. Les examens en masse montrent le chancre mou dans 0,83 o/o ; par rapport aux maladies vénériennes dépistées, on trouve 6,9 o/o de chancre mou. Le nombre des cas de chancre mou diminue quoiqu'on observe des oscillations périodiques sujettes à des lois épidémiologiques particulières. Le chancre mou est surtout répandu dans des grandes villes. Parmi les 362 malades observés par l'auteur, il y avait 84,81 o/o d'hommes et 15,19 o/o de femmes. L'âge le plus atteint va de 21 à 30 ans (56,5 o/o). Le nombre des célibataires est le double du nombre des sujets mariés. On trouve 42,23 o/o d'ouvriers, 21,1 o/o d'employés et 18,23 o/o sans professions fixes. La plupart des infections ont eu lieu dans la rue (38,02 o/o), 52,29 o/o des coïts infectants se sont opérés en l'état d'ivresse. La source de contagion se compose des prostituées dans 51,12 o/o et des femmes d'occasion dans 22,1 o/o. La consultation médicale précoce dans les deux premières semaines de la maladie n'a eu lieu que dans 49,45 o/o. Les chancres mous solitaires se rencontrent dans presqu'un tiers des cas. L'incubation dure plus de 3 jours, dans plus de la moitié des cas. Les bubons ont été constatés dans 42,82 o/o, dont 36,13 o/o à droite, 46,45 o/o à gauche, bilatéraux 13,55 o/o. Les streptobacilles de Ducrey ont été trouvés dans 59,67 o/o, les bacilles du type Ducrey dans 15,47 o/o. La durée moyenne du séjour d'un malade dans le service hospitalier fut de 21,96 jours.

Bermann.

Contribution à l'étiologie des sycosis coccogènes et à leur traitement par les injections intracutanées d'auto-vaccin, par B. P. Metalnikoff. *Rousky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 4, avril 1930, pp. 383-391.

Tout d'abord, l'auteur constate la difficulté du traitement des sycosis coccogènes et le petit nombre des succès obtenus par des méthodes diverses. Ensuite, il passe à ses 51 cas personnels traités par des injections intracutanées d'auto-vaccin. Ces 51 cas se répartissaient ainsi : 29 cas de forme chronique ayant une durée de 15 mois à 14 ans, 16 cas de forme subaiguë ayant une durée de 5 à 12 mois et 6 cas de forme aiguë ayant une durée de 2 à 8 semaines. La localisation la plus fréquente est la lèvre supérieure, 94,1 o/o et le menton 84,3 o/o ; puis viennent : les sourcils 25,5 o/o, les joues 19,6 o/o, le pubis 5,9 o/o, le cuir chevelu 3,9 o/o et les aisselles 3,9 o/o. De plus, 60 o/o des malades

avaient un catarrhe chronique du nez. Malgré tous les traitements employés, locaux et généraux, les malades n'ont pas guéri. Quant aux agents pathogènes, c'est le staphylocoque doré qui occupe la première place (70,6 o/o), puis viennent le staphylocoque jaune (19,6 o/o) et le staplace ((70,6 o/o), puis va le staphylocoque jaune (19,6 o/o) et le staphylocoque blanc (9,8 o/o). L'auto-vaccin préparé selon les règles habituelles était injecté dans l'épaisseur de la face interne du bras. Les doses allaient de 60 millions (0 cc. 20) jusqu'à 300 millions (1 cc.). Le nombre d'injections était en tout de 13-15 suivant les cas. La réaction générale débutait 3-6 heures après l'injection et durait 24 heures, sous forme de légère hyperthermie, courbature et céphalée. La réaction focale se traduisait par une turgescence et un endolorissement des éléments, par la formation d'éléments nouveaux, le tout durant 1-2 jours. La réaction locale s'exprimait par une papule blanche qui rougissait ensuite et laissait une infiltration durant 1 1/2 à 2 semaines. Les réactions déterminaient l'intervalle entre les injections qui se faisaient tous les 2-6 jours, parfois même plus souvent ; souvent les doses étaient non seulement élevées, mais même diminuées après l'injection précédente, en individualisant rigoureusement chaque cas particulier. En somme, dans 80,4 o/o des cas, l'auteur a obtenu une guérison définitive. Les meilleurs résultats étaient obtenus par la combinaison de l'auto-vaccin avec la thérapeutique locale par les pommades.

BERMANN.

Un cas de pemphigus vulgaire guéri par l'inoculation de la vaccine, par L. L. DAVYDOFF. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 4, avril 1930, pp. 391-394.

La méthode de Gœrl (de Nuremberg) de traitement du pemphigus vulgaire par l'inoculation de la vaccine est basée sur son opinion que cette affection est infectieuse et que son agent pathogène est un virus inconnu proche de celui de la variole, de la varicelle, de l'herpès, du zona, de l'impétigo, de la dermatite herpétiforme de Dühring. Faisant rentrer toutes ces maladies dans la même catégorie, Gœrl espère, par l'inoculation de l'antigène le plus puissant de ce groupe, obtenir l'antitoxine. Les essais de traitement des maladies bulleuses par sa méthode sont très peu nombreux, mais montrent un effet favorable.

Le cas de l'auteur concerne une tisserande de 35 ans, atteinte depuis une semaine d'une éruption bulleuse qui a débuté sous l'aisselle droite et s'est généralisée à tout le tronc. La malade est tout le temps apyrétique. Rien de particulier aux organes internes. La peau est recouverte de bulles des dimensions d'un petit pois à une pièce d'un franc, aprurigineuses et reposant sur une peau non modifiée. Le contenu des bulles est tantôt clair, tantôt louche. Durant un mois, les anciennes bulles régressaient, formant des croûtes et laissant des taches pigmentées, mais il s'en formait toujours de nouvelles. Tout traitement fut inefficace. Alors l'auteur a inoculé à la malade la vaccine ordinaire. L'ino-

culation fut positive. Immédiatement, on a constaté un arrêt de production de nouvelles bulles, les anciennes bulles se sont rapidement guéries au bout de 10 jours après l'inoculation. Durant les 5 mois d'observation, la malade n'a plus présenté de récidives. L'auteur préconise la mise en pratique du traitement des affections cutanées bulleuses par l'inoculation de la vaccine habituelle.

BERMANN.

Les cas autochtones de leishmaniose cutanée en Géorgie, par W. TCHILINGAROFF et K. TKÉCHÉLACHWILI. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, nº 4, avril 1930, pp. 394-396.

Les cas personnels des auteurs concernent 4 hommes (3 Géorgiens et 1 Arménien) et 1 femme (Géorgienne) âgés de 18 à 27 ans, n'ayant jamais quitté la ville ou l'arrondissement de Tiflis. Depuis des laps de temps allant de 2 à 16 mois, ils présentaient aux diverses parties de la face, des lésions d'aspect variable, rebelles à tout traitement, indolores, augmentant de volume, s'ulcérant, rouges et indurées. Les réactions de Bordet-Wassermann et de Vernes étaient négatives dans tous les cas, mais l'examen des frottis a montré des *leishmania tropica*.

Les cas des auteurs sont intéressants par leur origine autochtone, ce sont les 5 premiers cas décrits en Géorgie, puis par la ressemblance de 2 cas avec épithélioma, ensuite par le fait que tous ces 5 cas se sont présentés à la polyclinique en une période relativement courte de 2 mois, leur maladie n'ayant pu être diagnostiquée que grâce à l'examen au microscope.

BERMANN.

Contribution à l'étiologie de la xanthomatose cutanée, par P. D. YOUCHKOFF. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, nº 4, avril 1930, pp. 396-402.

Après avoir insisté sur le rôle physiologique et pathologique de la cholestérine dans l'organisme humain et rappelé les conséquences des troubles de l'échange des lipoïdes, surtout sous la forme de dépôts cholestérinés de la peau, l'auteur rapporte un cas personnel de xanthomatose cutanée.

Il s'agit d'une paysanne de 28 ans, mariée, ayant un enfant. Rien de particulier dans ses antécédents personnels, sauf des accès de paludisme qui ont duré environ un an. La maladie cutanée dont elle se plaint a débuté après ces accès, il y a 4 ans. Au point de vue des téguments, on constate une teinte ictérique de la peau et des conjonctives. A la limite du palais dur et mou, aux angles internes des yeux, aux commissures buccales, aux mains, coudes, fesses, genoux et talons, on voit de nombreux nodules jaunes plus ou moins foncés, de grosseur et de dimensions différentes, de consistance élastique, isolés, mais confluant à la région des fesses. La disposition des éruptions est symétrique. Au point de vue général, la malade présente une hypertrophie du foie et de la rate. Eosinophilie du sang 4 o/o. Bordet-Wassermann, Sachs-Georgi et Pirquet négatifs. Cholestérine du sang, 750 milligrammes, de l'urine 13 mg. 50 pour la quantité des 24 heures. Le tissu

xanthomateux renferme 4 fois plus de lipoïdes que le tissu environnant.

La malade fut mise à la diète lacto-végétarienne pauvre en cholestérine et traitée par l'arsenic. Au bout de 2 mois, elle présente presque partout une disparition de la teinte ictérique, les nodules xanthomateux ont considérablement diminué de volume et pâli, un grand nombre a disparu. La cholestérine a diminué dans le sang jusqu'à 310 milligrammes. L'auteur conclut que ce sont les affections hépatiques et de la rate (cirrhose) qui ont provoqué la xanthomatose tubéreuse cutanée, car ces organes jouent un rôle immense dans le métabolisme lipoïde.

BERMANN.

Le métabolisme azoté et chloruré dans l'eczéma, par K. G. PATKANIAN. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, nº 5-6, mai juin 1930, pp. 450-464.

Après des considérations générales sur l'étiologie de l'eczéma et les troubles des échanges des matières observés au cours de cette affection, l'auteur rapporte ses résultats personnels constatés dans 20 cas d'eczéma. L'étude du métabolisme de l'azote et du chlorure lui permet de tirer les déductions suivantes : A la période d'exacerbation de l'eczéma généralisé, on trouve un processus intense d'oxydation ralentie, d'accumulation des acides et une augmentation de la toxicité urinaire. A la période d'amélioration, l'échange azoté et chloruré s'améliore et se rapproche de la normale.

A la période d'exacerbation de l'eczéma circonscrit, on constate une augmentation de la quantité d'urine, d'azote et des chlorures. A la période d'amélioration, ces chiffres diminuent et se rapprochent de la normale.

Dans l'eczéma séborrhéique, le métabolisme basal est augmenté, le métabolisme relatif abaissé. Les chlorures sont augmentés au stade d'exacerbation et diminués lors de l'amélioration.

En comparaison avec les données correspondantes obtenues dans le psoriasis vulgaire, on constate qu'à la période d'exacerbation, le métabolisme azoté est moins diminué dans l'eczéma ; le métabolisme est ici plus proche de la normale. Au stade d'amélioration, on voit dans les deux maladies, une élévation du métabolisme azoté et une diminution de l'acidité urinaire. L'eczéma des régions circonscrites, au stade d'exacerbation montre des déviations moindres du métabolisme azoté ; à l'état d'amélioration, le métabolisme de l'azote est normal. L'eczéma séborrhéique s'accompagne de métabolisme basal élevé. Les chlorures et l'azote sont augmentés dans l'eczéma généralisé et limité aigu. Au stade d'amélioration, les chlorures diminuent.

Ainsi donc, l'idée de Gaucher sur la capacité des chlorures d'éliminer de l'organisme les produits toxiques, se confirme pleinement. Les données de l'auteur prouvent que l'eczéma s'accompagne de la baisse du métabolisme azoté, du ralentissement des processus d'oxydation et de l'accumulation des produits intermédiaires de la décomposition des albu-

mines dans l'organisme. C'est leur présence qui provoque et entretient le processus cutané morbide. Bermann.

L'examen du système nerveux végétatif d'après Csépai dans certaines maladies cutanées, par W. N. Kowznetzoff et W. I. Jacovleff. *Roussky Vestnik Dermatologuii,* t. VIII, nos 5-6, mai-juin 1930, pp. 464-471.

La méthode hormono-dynamique de Csépai consiste en des injections intraveineuses de faibles doses d'adrénaline (0,01-0,02 mgr.). Ce ne sont que les doses minimes d'adrénaline qui sont capables, d'après Csépai, de déterminer la véritable sensibilité de l'organisme envers cet agent sécrété par la surrénale ; l'atropine et la pilocarpine sont des substances toxiques et étrangères et doivent, de ce fait, être rejetées pour explorer le système nerveux. Normalement, 0 mgr. 01 augmente la pression sanguine de 10-30 millimètres de mercure, 0 mgr. 02, de 20-50 millimètres. Dans la sympathicohypertonie, 0 mgr. 01 augmente la pression sanguine de 60 millimètres et plus, dans la sympathicohypotonie, de 5-10 millimètres. Or, la pression peut également être influencée par l'état psychique et cardio-vasculaire, ce qu'il ne faut pas oublier à l'examen par la méthode de Csépai. L'auteur a, le premier, appliqué cette méthode en dermatologie. Il l'a employée pour l'étude de 94 cas, dont 28 syphilitiques et 66 cutanés. Ce n'est que dans 3 cas de dermatoses sur tous les 94 qu'on a obtenu une sympathicohypertonie, donc une hyperfonction thyroïdienne. Par contre, l'hypofonction a été constatée dans 51 cas, dont 29 fois chez les cutanés divers et 22 fois chez les syphilitiques. L'hypofonctionnement de la glande thyroïde s'accompagnait de toute une série des symptômes neuro-psychiques, cutanés et autres. La méthode de Csépai peut donc donner des renseignements utiles sur l'état de la thyroïde. Mais ceci est applicable seulement dans les cas cutanés, car dans la syphilis, c'est surtout la période tertiaire qui s'accompagnait d'hypofonction thyroïdienne. Vu les données témoignant dans la plupart de ces cas de troubles cardiaques, l'auteur conclut que la méthode de Csépai ne convient pas pour l'examen de l'état fonctionnel de la glande thyroïde, car c'est le cœur sous l'influence de la syphilis qui explique les résultats obtenus et non l'hypofonctionnement thyroïdien. Bermann.

Contribution à l'étude de la réactivation biologique et des oscillations spontanées de la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang des syphilitiques, par B. B. Heft. *Roussky Vestnik Dermatologuii,* t. VIII, nos 5-6, mai-juin 1903, pp. 472-479.

Tout d'abord, se basant sur les données bibliographiques, l'auteur constate qu'on est loin de se trouver d'accord sur la question de l'existence de la réactivation de la réaction de Bordet-Wassermann, sur sa nature, sur sa valeur clinique et les résultats statistiques. Les travaux personnels de l'auteur consistaient en des examens répétés du sang d'après le Bordet-Wassermann chez deux catégories de malades : 1) après une provocation préalable chez des syphilitiques latents séro-

négatifs et des personnes suspectes de syphilis (150 cas) et chez des personnes saines servant de contrôle (19 cas), et 2) sans provocation préalable, chez des syphilitiques latents séro-négatifs et des personnes suspectes de syphilis (80 cas). Tous les malades, ayant reçu la provocation, n'avaient pas été traités depuis au moins un an. La réactivation a été faite par le novosalvarsan (néo-russe) (0 gr. 30-0 gr. 45) dans 65 cas, le bismutogvi (préparation bismuthique russe)et le novosalvarsan dans 48 cas, l'auto-hémo-transfusion à la dose de 5 grammes et le novosalvarsan dans 30 cas et l'émulsion de xéroforme à 10 o/o dans 7 cas. Le sang était examiné à deux reprises : les 3e, 4e et les 10e et 11e jours après la provocation. La réactivation n'était considérée comme positive qu'en cas d'oscillation du Bordet-Wassermann au moins de 2 +. En passant aux résultats obtenus, l'auteur constate que sur les 150 cas des syphilitiques et suspects de syphilis, la réactivation n'a été positive que dans 14 cas (9,3 o/o). Ce sont les personnes suspectes de syphilis qui ont fourni le plus de résultats positifs (20,6 o/o). La syphilis secondaire tardive a donné un pourcentage de résultats positifs moindre que la syphilis secondaire précoce (5,7 o/o et 9,8 o/o). Les cas de syphilis bien traités ont été plus fréquemment réactivés que ceux traités insuffisamment. Les données de l'auteur ne prouvent pas la supériorité d'un agent quelconque vis-à-vis des autres, sous le rapport de la réactivation, car la réactivation réussit aussi bien avec le bismuth ou l'auto-sang qu'avec le néo. C'est le 3e-4e jour que la réactivation a le plus souvent donné des résultats positifs. Les récidives cliniques n'ont pas été observées après la provocation, mais les récidives sérologiques ont été observées dans 3 cas après une provocation infructueuse. Les personnes saines n'ont jamais pu être réactivées, leur Bordet-Wassermann est resté négatif.

Les examens de sang sans provocation préalable se faisaient 2-3 fois avec des intervalles d'une semaine. Les oscillations spontanées ont été signalées soit du côté de la positivité, soit du côté de la négativité. Le chiffre total des oscillations spontanées fut de 28,7 o/o, dont 17,5 o/o des négatives et 11,2 o/o des positives. C'est dans la syphilis latente précoce que les oscillations ont été vues le plus souvent (40 o/o), elles étaient plus rares dans la syphilis latente tardive (20,7 o/o). Les oscillations spontanées positives (11,2 o/o) dépassent les cas de réactivation (9,3 o/o), mais dans la syphilis suspecte ces chiffres respectifs sont plus persuasifs (20,6 o/o et 7,3 o/o). L'auteur conclut que la réactivation biologique n'a pas d'avantage sur les oscillations spontanées et les résultats de ces deux phénomènes n'ont qu'une valeur diagnostique et pronostique limitée qui doit être prise en considération seulement en rapport avec d'autres données (anamnestiques, cliniques, etc.).

BERMANN.

La valeur clinique de la réaction de Kahn, par C. Kh. KHATCHATOURIAN. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, nos 5-6, mai-juin 1930, pp. 479-489.

Après des données bibliographiques, l'auteur relate ses résultats personnels concernant 1.013 malades cutanés, syphilitiques, internes, chirurgicaux et infectieux. Les sérums mentionnés étaient examinés simultanément d'après les méthodes lente et accélérée de Kahn et celle de Bordet-Wassermann avec 2 antigènes. Les 1.013 cas se composent de 475 syphilitiques et 538 non-syphilitiques. Les conclusions de l'auteur se résument ainsi : La réaction de Kahn se distingue par sa simplicité, la facilité d'exécution, sa rapidité d'obtention des résultats et elle n'exige pas d'appareils spéciaux. La modification accélérée doit naturellement être préférée à la modification lente, car elle dure moins et permet une lecture rapide des résultats. Dans toutes les périodes de la syphilis, la réaction de Kahn est plus sensible que celle de Bordet-Wassermann. Dans la syphilis active, les deux réactions, Kahn et Bordet-Wassermann, concordent dans 93,4 o/o ; dans la syphilis latente, 90,9 o/o. Or, la réaction de Kahn, ainsi que les autres réactions sérologiques ne peut à elle seule, éclaircir le tableau complexe de la syphilis, c'est pourquoi, elle ne peut pas être utilisée isolément des autres séro-réactions et avoir une signification décisive. Dans les cas traités, la réaction de Kahn devient négative beaucoup plus lentement que celle de Bordet-Wassermann. Quant aux résultats positifs non spécifiques, la méthode de Kahn s'est montrée positive dans 2,5 o/o, tandis que celle de Bordet-Wassermann, ne l'a été que dans 1,2 o/o. L'auteur recommande l'usage de la réaction de Kahn parallèlement et conjointement à d'autres séro-réactions, mais pas seule, autrement les résultats devront être appréciés avec une grande prudence et une grande circonspection. BERMANN

L'activité quinquennale des dispensaires antivénériens de l'ancien gouvernement de Smolensk (1924-1928), par S. L. TAPELSON. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, nos 5-6, avril et mai-juin 1930, pp. 490-496.

Le Dispensaire antivénérien de Smolensk groupe autour de lui 10 dispensaires ruraux situés dans les diverses localités qu'ils desservent. Plusieurs d'entre eux ont changé de place en rapport avec les lieux de la propagation maximale des maladies vénériennes. Les dispensaires de campagne s'ouvraient peu à peu, à des dates différentes, c'est pourquoi les chiffres qu'ils fournissent ne peuvent pas toujours être comparés. Le nombre des consultants a progressivement augmenté de 32.051 en 1924 à 180.304 en 1920. Naturellement, le travail des dispensaires n'est pas toujours identique, car certains ont connu des périodes de hausse et de décadence. L'augmentation du nombre des syphilitiques qui va croissant d'année en année s'explique par leur arrivée croissante aux dispensaires qui les attiraient au début. Plus tard, lorsque les malades sont déjà connus, leur nombre se stabilise et diminue même. Quant aux formes de la syphilis, on constate que les formes actives, florides, manifestent une tendance à la baisse, tandis que les gommes augmentent de fréquence, ce qui s'explique par la confiance des malades qui s'adressent de plus en plus aux dispensaires des campagnes. La

syphilis primaire accuse des oscillations peu marquées. En ce qui concerne le mode de contagion, la voie sexuelle prédomine à la ville, tandis que la campagne comporte principalement l'infection asexuelle. L'augmentation du nombre des syphilitiques venus aux dispensaires concerne également les enfants, infectés par la voie extra-génitale, à cause de la promiscuité, de l'ignorance et des mœurs antisanitaires. Les lieux connus pour leur grand nombre de syphilitiques recevaient des visites périodiques des médecins qui examinaient la population et invitaient les malades à se faire soigner. Les médecins ont fait une grande quantité de conférences et de causeries sur les maladies vénériennes aux paysans. L'examen des habitants a permis de découvrir des syphilitiques ignorés, actifs et latents.

Partout l'on a noté une extension croissante de la blennorragie à la période d'urétrite aiguë, tandis que la forme chronique s'est stabilisée. L'origine de la blennorragie, même rurale, est le plus souvent la ville. Les paysans s'infectent, le plus souvent, en allant en ville.

Les malades cutanés augmentent également de nombre, car on s'adresse davantage aux dispensaires ; les empiriques sont toutefois encore assez en vogue.

En ce qui concerne les défauts de l'organisation des dispensaires vénéréologiques, il faut, en premier lieu, mentionner les changements fréquents des médecins. Ne trouvant que des conditions médiocres d'existence et de travail, ils fuient, en laissant les places et les malades à leur triste sort. Ils manquent d'instruments, de médicaments, de moyens de transport, de subsides et sont empêchés par cela de mener à bien la lutte antivénérienne. Le manque de microscopes ne permet pas de diagnostiquer comme il faut la nature des urétrites, vaginites, métrites, etc., ce qui fait un obstacle au traitement approprié et au diagnostic de la guérison. Les dispensaires n'ont pas de lits pour traiter les malades contagieux ou ayant des complications, ce qui contribue à l'extension de leurs affections et au prolongement de leur durée. Les liens entre les dispensaires, ainsi qu'avec les médecins des autres branches étant faibles, le travail souffre du manque des consultations et des conseils éclairés. La statistique des malades est également mal organisée, n'étant pas suffisamment rationnelle et standardisée. Voilà les côtés positifs et négatifs de l'activité des dispensaires antivénériens. Malgré leurs défauts, ils ont quand même rendu des services immenses, en dépistant et en traitant un grand nombre de malades qu'ils ont attirés. La vulgarisation des connaissances médicales, hygiéniques et prophylactiques servira à une foule de malades et à leur entourage. Les inconvénients des dispensaires doivent être supprimés les uns après les autres et sous ce rapport, les perspectives deviennent, de plus en plus, meilleurs et optimistes, car l'État et toutes les organisations compétentes favorisent hautement l'œuvre de la lutte contre le fléau social que constituent les maladies vénériennes. BERMANN.

Contribution au traitement des cancers cutanés par les rayons X, par A. D. Krichtal. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, nos 5-6, mai-juin 1930, pp. 497-504.

Après avoir passé en revue la radiothérapie des cancers de la peau, l'auteur rapporte ses observations personnelles relatives à 102 malades, dont 45 hommes et 57 femmes. L'âge le plus fréquent des malades fut de 50 à 60 ans (37 o/o), puis de 60 à 70 ans (23 o/o) et de 40 à 50 ans (22 o/o). Tous les cancers siégeaient à la face. La localisation la plus fréquente était : le nez (47 o/o), puis les joues (17,7 o/o), les lèvres (17,7 o/o) et les paupières (10,8 o/o). Les rayons X étaient employés dans les cas d'épithéliomas inopérables, de même que dans ceux où les malades refusaient l'opération ou bien dans ceux où le résultat esthétique de l'opération aurait été mauvais ou disgracieux. Les 34 cas d'ulcus rodens superficiels ont donné les meilleurs résultats thérapeutiques. Les 26 cas graves et inopérables ont fourni des améliorations temporaires instables. Les 24 cas récidivants post-opératoires ont continué leurs récidives après les rayons X. Les 18 cas, opérés d'abord, puis irradiés, ont donné des résultats satisfaisants. Les résultats peuvent donc être résumés ainsi : guérisons stables 38 o/o, guérisons temporaires 17 o/o, améliorations 10 o/o, récidives 11 o/o, aggravations 4 o/o, interruption du traitement 8 o/o, disparition des malades 12 o/o. L'auteur conclut que ses résultats personnels de radiothérapie des cancers cutanés sont plutôt modestes. Bermann.

Le traitement du bouton d'Orient par les rayons X et ultra-violets, par I. I. Menchtchikoff. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, nos 5-6, mai-juin 1930, pp. 505-508.

Malgré une riche bibliographie étrangère et russe sur le bouton d'Orient, on ne trouve que très peu de notions sur son traitement par les rayons de Rœntgen et ultra-violets. C'est pourquoi les observations personnelles de l'auteur deviennent très intéressantes et très instructives. Le traitement indiqué a été appliqué à 24 personnes toutes porteuses de *leishmania tropica*. L'infection a eu lieu au Turkménistan. Les malades, dont 17 hommes, 6 femmes et 1 enfant, étaient âgés de 2 à 49 ans.

Le traitement par les rayons X a été utilisé chez 7 malades ayant en tout 11 boutons des pays chauds, dont 6 aux mains, 2 aux lèvres, 2 aux oreilles et 1 au pied. La durée de ces lésions fut de 2 semaines à 14 mois. Le traitement a duré de 3 à 7 semaines ; 2 malades irréguliers ont été traités durant 3 et 11 semaines. Le nombre des séances était de 2 à 6, faites toutes les 2-3 semaines, à la dose de 3/4 E. D. sans filtre: 3 malades ont été guéris, les autres malades ont disparu avant la fin du traitement, dont 2 non améliorés pendant 1 mois 1/2, ce qui a incité l'auteur à employer les rayons ultra-violets.

Les rayons ultra-violets ont été appliqués chez 17 malades ayant en tout 51 boutons d'Orient, dont 19 aux mains, 11 aux joues, 6 aux pieds, 4 au front, 3 aux oreilles, 2 à la poitrine, 2 aux lèvres, 1 au nez, 1 à

l'épaule, 1 au dos et 1 au cou. La durée des lésions variait de 1 mois à 3 ans. Le nombre des séances était de 2 à 6 ; un malade a reçu 10 séances et un 13, 12 malades ont guéri et le 13e est en bonne voie de guérison, les autres malades n'ont pas terminé le traitement. L'irradiation portait toujours sur une étendue supérieure à celle de la lésion. A la première séance, la dose était de 1/2 E. D., à distance de 70 centimètres ; en cas d'absence de réaction érythémateuse, on faisait le lendemain une dose capable de provoquer une réaction du deuxième degré ; au bout de quelques séances, les doses employées étaient celles qui pouvaient produire une réaction du troisième degré. L'irradiation se faisait au moyen de la lampe de Bach ou de Kromayer, à la distance de 5-10 centimètres de la lésion, les séances étant séparées par des intervalles de 3 à 7 jours.

L'auteur conclut que les rayons ultra-violets, fournissant des meilleurs résultats esthétiques, doivent être préférés aux rayons X.

BERMANN.

Contribution à la casuistique de la neurodermite nodulaire, par F. S. SCHULDBERG. *Roussky Vestnik Dermatologuii,* t. VIII, nos 5-6, mai-juin 1930, p. 508-513.

Après des considérations générales relatives à cette rare affection occupant une place intermédiaire entre les névrodermites et l'urticaire et possédant plusieurs dénominations, selon les différents auteurs, vient une observation personnelle d'un cas intéressant concernant une paysanne mariée, âgée de 24 ans. La maladie consiste en une dermatose prurigineuse des extrémités datant de 3 ans et réfractaire à tout traitement essayé.

La malade présente une polyadénopathie généralisée. Les membres supérieurs et inférieurs et les fesses sont le siège de papules nombreuses, isolées, de volume allant d'une lentille à une noisette, fermes, situées sur une peau normale, de teinte rose clair allant jusqu'au brun. Aux jambes, les éléments sont verruqueux et cornés. Prurit violent ; la malade affirme que le prurit a précédé l'éruption. Organes internes, rien de particulier. Dermographisme stable et net.

La biopsie montre une hyperkératose, une acanthose, une hypertrophie de la couche granuleuse. Dilatation des capillaires, les papilles sont augmentées de volume, œdémateuses. Infiltration péri-vasculaire à cellules lymphoïdes, plasmatiques et fibroblastes. Tissu collagène homogénéisé, tissu musculaire hypertrophié.

Durant les 75 jours que la malade a passés dans le service, l'auteur a constaté que le prurit précède les éléments cutanés qui, au début, sont rouges, mous et gros comme une lentille, puis deviennent peu à peu cornés et verruqueux.

Parmi toutes sortes de méthodes thérapeutiques employées, celle qui a le plus réussi a consisté en frictions à la pommade de Dreuws (acide salicylique 10 gr., chrysarobine et coaltar ââ 20 gr., savon vert

et lanoline ââ 25 gr.) avec application consécutive du pansement compressif de Pick-Unna. BERMANN.

La lèpre du cuir chevelu, par S. N. ROUNTCHEDKO. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, nos 5-6, mai-juin 1930, pp. 513-515.

La lèpre du cuir chevelu constitue une rareté exceptionnelle, d'où le grand intérêt des 3 cas personnels que l'auteur a observés de 1925 à 1929 à la léproserie d'Astrakhan. Ils concernent 2 hommes de 43 et 60 ans, atteints de lèpre mixte et 1 femme de 54 ans, atteinte de lèpre tuberculeuse. Les cas de lèpre du cuir chevelu se rencontrent dans 0,8 o/o, selon la statistique de l'auteur. Ce ne sont que les cas anciens, de longue durée qui s'accompagnent de cette complication qui apparaît lors des périodes d'exacerbation de l'affection, lorsque la température monte et que l'état général faiblit. La lèpre du cuir chevelu se présente sous l'aspect de nodules enflammés, isolés ou confluents, lisses et douloureux, rouges au début, puis devenant cyanotiques et jaunes. Ces éléments régressent lors de la régression des autres éléments cutanés. Dans tous les 3 cas, les malades étaient alopéciques, leurs cheveux étaient rares des malades ayant des cheveux abondants et épais n'avaient pas d'éléments lépreux, ce qui laisse supposer que l'appareil folliculaire des cheveux s'oppose au développement des nodules lépreux. La biopsie a toujours montré un processus granulomateux localisé aux espaces inter-folliculaires, sans atteinte des follicules pileux. Les microbes n'ont pas été décelés, mais on a trouvé des bacilles acido-résistants.

BERMANN.

Contribution à l'étude de l'infection mixte par syphilis congénitale et acquise, par A. OU. LANDESMANN et F. I. TARSIS. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, nos 5-6, mai-juin 1930, pp. 515-521.

Après une revue bibliographique et critique de la question, les auteurs rapportent l'observation hautement intéressante concernant leur cas personnel.

Il s'agit d'une fillette de 2 ans, atteinte d'une éruption cutanée et de maux de gorge. L'anamnèse montre que le père et la mère de l'enfant sont tous les deux syphilitiques. Dans le courant du troisième mois de la grossesse, la mère a présenté une éruption cutanée avec Bordet-Wassermann très positif. Comme traitement, elle n'a reçu que 2 cures bismuthées de 15 injections chacune et une seule injection de néo. Elle a accouché d'un enfant sain, né à terme et n'ayant rien de suspect aux téguments.

Depuis 3 semaines, la fillette est porteuse d'une éruption qui a été précédée de maux de gorge. L'examen extérieur montre une grosse tête, un gros ventre, avec des extrémités fines. Polyadénopathie généralisée, asymétrie faciale, front olympien, bosses frontales, temporales, pariétales, nez en selle. L'éruption cutanée est symétrique, rose clair et rouge cuivré, composée d'éléments roséoliques et papuleux, par places

varioliformes. Papules érosives génitales, papules hypertrophiques amygdaliennes. Foie et rate augmentés de volume, débordant les fausses côtes. Bordet-Wassermann très positif. Les rayons X montrent une périostite ossifiante du tibia gauche.

L'anamnèse et les dystrophies de l'enfant parlent en faveur d'une hérédo-syphilis certaine, mais l'éruption cutanée roséolo-papuleuse parle en faveur d'une syphilis acquise, car une syphilide maculeuse du tronc est l'apanage de la syphilis acquise. La mère de la fillette, examinée en même temps, a montré des papules érosives génitales ; toutes les deux couchaient ensemble ; la mère a infecté sa fillette hérédo-syphilitique, mais il est difficile d'établir la porte d'entrée de cette syphilis acquise. Il est possible que ce soit la cavité buccale, mais le chancre dur passe souvent inaperçu chez l'enfant.

Le cas des auteurs relatif à la superinfection chez un enfant hérédo-syphilitique mérite l'attention tant au point de vue théorique que pratique. BERMANN.

Acta Dermato-Venereologica (Stockholm).

Contribution à l'étude du nævus anémique, par S. A. GLAUBERSOHN. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XI, fasc. 3, juin 1930, p. 177, 6 figures.

Bibliographie sur le nævus anémique et observations de 10 cas personnels dont 5 chez des hommes et 5 chez des femmes. Six sujets sur les 10 étaient juifs. L'âge des sujets varie entre 4 ans 1/2 et 49 ans. Le siège des nævi fut : le visage et le cou dans un cas, dans 5 cas le thorax, dans 2 cas l'abdomen ; la fesse et le membre supérieur dans 2 cas. A côté du nævus anémique, on nota aussi chez quelques malades des nævi pigmentés. Les nævi anémiques se trouvèrent chez 5 sujets sur le côté gauche, une fois le nævus fut bilatéral, mais plus développé à gauche qu'à droite.

G., ainsi que plusieurs auteurs, ne trouvèrent histologiquement aucune différence entre la peau atteinte et la peau normale, mais on a signalé dans le nævus anémique une diminution du nombre des vaisseaux sanguins. D'après la bibliographie, ce nævus n'est pas rare et il doit être considéré comme une anomalie congénitale, comme une affection locale de l'appareil vaso-moteur.

Pour l'examen histologique de ces nævi, l'auteur conseille d'employer la méthode de Bielchowsky et ses modifications, celle de Ramon Y Cajal, ainsi que la méthode de Rachmanoff. OLGA ELIASCHEFF.

Vaselinoderme verruqueux (Oppenheim) (Vaselinoderma verrucosum, Oppenheim), par Felix TAGLICHT. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XI, fasc. 3, juin 1930, p. 229, 5 figures.

Observations de 31 cas du vaselinoderme verruqueux décrit en 1916 par Oppenheim. Cliniquement on constate, après l'application d'une mauvaise qualité de vaseline, l'apparition de papulettes allant du volume

d'une pointe d'épingle à un grain de mil, de teinte blanche. Les lésions sont presque toujours localisées à la face, et se développent soit sur la peau intacte, soit sur les points dépourvus du corps muqueux. Les papulettes peuvent atteindre le volume d'une lentille et former des placards. La surface de ces placards est granuleuse et souvent végétante. Les lésions régressent sans laisser ni cicatrices ni pigmentation.

Le « vaselinoderme » se présente sur le dos des mains sous forme de verrues planes, forme dénommée par l'auteur « vaselinoderma planum ». La durée des lésions est de 2 à 3 semaines ; le traitement consiste en attouchements à l'alcool salicylé et en applications de poudre de talc.

L'histologie montre une acanthose de l'épiderme : une hypertrophie de la couche granuleuse et de la couche basale (2-3 rangées de cellules basales). Le corps papillaire est œdémateux, les vaisseaux du derme sont dilatés.

Après les expériences faites avec des vaselines différentes, l'auteur conclut que la vaseline blanche, dure et sans odeur produit le plus facilement les vaselinodermes. Les vaselines foncées, molles, sentant le pétrole, lèsent plutôt les follicules. Les vaselines qui contiennent une grande quantité de paraffine sont les plus nuisibles pour la peau.

Olga Eliascheff.

Une méthode simple pour prévenir les accidents après l'emploi des arsénobenzènes (Eine einfache Methode die Nebenerscheinungen nach Gebrauch der Arsenobenzole vorzubengen), par Stanislaw Ostrowski. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XI, fasc. 3, juin 1930, p. 245.

Pour combattre les accidents dus aux arsénobenzènes (crise nitritoïde, etc.), l'auteur conseille d'administrer *per os* 20 minutes avant l'injection, 20 grammes de sucre. Treize fois sur quinze, il a obtenu un excellent résultat. Le sucre agit chimiquement sur le foie et aussi comme irritant du système nerveux sympathique.

Olga Eliascheff.

Cancers de la face avec granulomes à cellules géantes et corps étrangers. par du Bois. *Acta Dermato-Venereologica*, vol XI, fasc. 3, juin 1930, p. 269, 4 figures.

D'après Darier, il existe une catégorie de cancers qui se développent sur les lésions chroniques de la peau, sur les altérations tissulaires antérieures, appelées « affections précancéreuses » ; mais on trouve à côté de ces formes des cancers faciaux sur peau saine, sans affections chroniques préalables et dans une proportion telle qu'elle comprend le cinquième des cas des statistiques de l'auteur. Ces cancers se développent le plus souvent sur l'emplacement d'anciens traumatismes avec effraction de la peau et dans lesquels l'examen histologique montre d'autres processus déterminants que les « affections précancéreuses classiques ».

L'auteur se base sur 2 observations de cancers baso-cellulaires déve-

loppés dans le voisinage immédiat de corps étrangers ; l'un à côté d'une épine (poil de brosse) profondément implantée (la tumeur venait de la profondeur), l'autre à côté d'une aiguille rappelant un poil de chenille processionnaire ou celui de certaines plantes duveteuses. Les deux corps étrangers étaient entourés d'un granulome à cellules géantes. L'analyse des coupes sériées a établi indubitablement l'intimité de rapport entre les granulomes et le point de départ des néoplasmes. L'auteur préfère l'hypothèse de l'influence cancérogène par irritation chronique à celle de l'inoculation accidentelle d'un virus inconnu par pénétration du corps étranger. Il y a lieu de réserver aux cancers faciaux spontanés, apparaissant en pleine peau saine, une place importante à côté de ceux qui évoluent sur les « affections précancéreuses classiques » et d'ajouter à la liste des causes étiologiques la pénétration insidieuse dans la peau de corps étrangers variés.

Olga Eliascheff.

Anales de la Facultad de Medicina (Montevideo).

Sur un cas de maladie de Fox-Fordyce (Sur un caso de enfermedad de Fox y Fordyce), par José Brito Foresti et Juan Malet. *Anales de la Facultad de Medicina*, t. XV, n°s 3 et 4, mars et avril 1930, p. 272, 10 fig.

Les auteurs apportent l'observation du premier cas de maladie de Fox-Fordyce publié en Uruguay.

Une jeune femme de 21 ans sujette à des accès de migraine depuis l'âge de 13 ans, réglée à 14 ans, mariée à 15, mère de 3 enfants, présente depuis 3 ans des papules localisées aux aisselles, à la région hypogastrique, au pubis et, ce qui est très rare, aux aînes. Elles s'accompagnent d'un violent prurit revenant sous forme de paroxysmes.

Les causes possibles de la maladie sont :

1° un léger hyperthyroïdisme ;

2° des lésions génitales consistant en un kyste hématique du salpynx droit.

L'examen histologique des papules montre un processus inflammatoire intense avec remplacement du tissu élastique par du tissu fibreux, de la dilatation vasculaire et de l'infiltration leucocytaire de quelques fibrilles nerveuses. Les glandes sudoripares présentent un processus inflammatoire périglandulaire et péricanaliculaire avec, par places, du tissu fibreux et une obstruction des canaux excréteurs avec dégénérescence kystique.

J. Margarot.

LIVRES NOUVEAUX

Le traitement de la syphilis, par A. Sézary, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis. 1 petit vol. de 195 pages, prix 10 francs, Masson, Paris, 1930.

Cet excellent petit livre fait partie de la collection des *Initiations Médicales* et s'adresse surtout aux étudiants qui commencent leur stage de dermato-syphiligraphie. Sézary, qui a eu l'idée de ces initiations et qui est en train de la réaliser avec la maison Masson, grâce à une pléiade de collaborateurs de premier plan, a été bien inspiré. Souvent les étudiants sont rebutés par la lecture des traités, arrêtés par une terrible terminologie, noyés dans des théories de pathologie générale sans lendemain. Ils se réfugient dans l'enseignemet oral au lit du malade qui a fait et qui continue de faire la gloire de l'Ecole française. Mais, quel que soit le zèle des chefs de service, ils ne peuvent, dans un temps court, tout montrer et tout expliquer. Quelques-uns même sont trop savants et ne savent pas se mettre à la portée de leur auditoire ; d'autres craignent de l'ennuyer en lui parlant de choses simples et qu'il suppose bien connues de lui. Il faut donc un livre simple mais suffisant, pour « initier » le catéchumène. En syphiligraphie, plus peut-être que pour une autre spécialité, en raison de la complexité, plus apparente que réelle, de l'arsenal thérapeutique, Sézary a réussi. Son livre est un vrai catéchisme : il peut suffire pour les âmes simples et il ouvre des horizons plus vastes à ceux qui ont le goût d'aller plus avant.

Puis-je maintenant faire quelques observations qui montreront du moins avec quel soin j'ai lu l'ouvrage. Sézary attire l'attention sur les récidives cliniques et sérologiques qui se produisent avec le tréparsol. Les lecteurs non avertis (et par définition ceux auxquels s'adresse l'auteur ne sont pas avertis) pourraient croire que de pareilles récidives ne se produisent pas avec les injections intraveineuses de 914. Malheureusement telle n'est pas la réalité et récemment encore l'Ecole Lyonnaise vient d'attirer l'attention sur l'insuffisance de plus en plus fréquente de cette médication.

Elle n'est pas non plus sans dangers. Et ceci me conduit à parler du chapitre des inconvénients des médicaments anti-syphilitiques que Sézary a particulièrement soigné. Il ne me satisfait cependant pas entièrement. Je trouve que l'auteur n'insiste pas assez sur les graves dangers que pré-

sente l'arsenic sous toutes ses formes. Il cite bien les phénomènes d'intolérance divers et les phénomènes toxiques que peuvent présenter les malades, mais il en atténue les conséquences. Il rappelle bien qu'on a publié trois ou quatre cas de mort avec le tréparsol, mais il ne parle pas de pareille issue fatale avec le stovarsol, l'acétylarsan. Et cela n'est rien à côté de l'imposante statistique de cas de mort publiés après usage du 606 et du 914 : des centaines et on n'a pas tout publié. Aussi je continue de croire que l'usage des injections intra-veineuses de 914 doit être réservé aux spécialistes. Il ne suffit pas de bien posséder la technique des injections intra-veineuses pour s'intituler spécialiste. Cela se voit malheureusement. J'ai connu un médecin qui est devenu « spécialiste » en une matinée. Nous avons maintenant, avec le bismuth et l'arsenic pentavalent, non pas des armes absolument sans danger, mais qui peuvent être mises dans les mains de tous les médecins soigneux, surtout quand ils auront lu le livre de Sézary. CLÉMENT SIMON.

Paralysie générale, les traitements modernes, par A. SÉZARY et A. BARBÉ. *La pratique médicale illustrée*, un vol. in-8 de 40 pages. G. Doin et Cie, éditeurs, Paris.

Les progrès accomplis dans le traitement de la paralysie générale depuis quelques années sont tels, disent les auteurs, « que cette affection doit être rayée du cadre des affections contre lesquelles la médecine se déclare impuissante ». La qualité des résultats obtenus, leur durée doivent être considérées comme inespérées. Deux méthodes : l'une chimiothérapique, l'autre biologique. La première utilise le stovarsol sodique, que l'on emploie en injection sous-cutanée à la dose de 1 gramme trois fois par semaine, par série de 21 injections au moins. En général à la fin de la première série on juge déjà du résultat. C'est chez les malades atteints de paralysie générale avec excitation que les résultats sont les meilleurs, 68 o/o de résultats favorables ; chez les paralytiques généraux avec affaiblissement intellectuel, amélioration dans 58,5 o/o des cas ; chez les déments, amélioration seulement dans 26,4 o/o. La seconde méthode, mise au point par W. Jauregg, consiste dans l'inoculation du paludisme. Utilisée surtout par les psychiatres, elle a donné des résultats intéressants. La statistique portant sur le plus grand nombre de cas (Jauregg) donne 32 o/o de rémission complète ; 12,8 o/o de rémission incomplète dans un délai de 5 à 10 ans après l'impaludation. — Les auteurs envisagent les deux méthodes, comparent leurs résultats, et montrent les bénéfices que l'on peut tirer de leur association. Trois faits leur ont semblé d'importance capitale : 1° l'inconstance des résultats favorables et le fait que les insuccès ne sont pas toujours explicables par l'ancienneté, ni même par la forme clinique de la maladie ;

2° la discordance entre les résultats cliniques et biologiques ;

3° la fréquence des séro-réactions demeurées positives dans le sang des sujets améliorés.

Ces faits ne s'observeraient pas, disent-ils, si la malariathérapie associée au 914 agissait comme médication antisyphilitique. Tout se passe, en effet, comme si dans un organisme demeurant syphilitique, le cerveau perdait sa sensibilité vis-à-vis du tréponème. Le traitement agirait en désensibilisant les malades. H. Rabeau.

La Cryothérapie, par MM. Lortat-Jacob, médecin, et G. Solente, assistant de l'Hôpital Saint-Louis. Un vol. de 246 pages avec 38 figures. Masson et Cie, éditeurs, Paris. 35 frs.

Voici un traité complet de cryothérapie, c'est-à-dire de thérapeutique par l'application locale sur certaines lésions, surtout en dermatologie mais aussi en gynécologie, en ophtalmologie et en stomatologie, de substances froides ou refroidies. Les auteurs n'ont retenu, comme substance réfrigérante, que la neige carbonique, à l'exclusion de l'air liquide. La neige carbonique, mélangée avec l'acétone donne un abaissement de température à 80°, froid suffisant pour les applications thérapeutiques. Au début, avec Pusey, à qui l'on doit la cryothérapie, on appliquait directement sur la peau un bloc de neige carbonique. Aujourd'hui, on se sert d'appareils spéciaux, plus propres, plus maniables et plus adaptés à la surface à traiter. Ce sont les cryocautères dont l'idée première est due à Bordas. Mais Lortat-Jacob a perfectionné cet instrument. Celui qui porte son nom est universellement connu et apprécié.

Dans l'ouvrage que Lortat-Jacob publie chez Masson, avec son très distingué assistant Solente, on trouve non seulement une technique détaillée, des indications opératoires, mais aussi une partie historique très complète, une étude des effets physiologiques et histologiques du froid et une imposante bibliographie.

Il n'y a rien à ajouter à ce véritable traité. Il y aurait plutôt peut-être à retrancher. Tout le monde n'est pas d'accord complètement avec les auteurs sur certaines indications qu'ils donnent de la cryothérapie. Par exemple, les épithéliomas et surtout l'épithélioma pagétoïde ne paraissent pas à beaucoup de dermatologistes relever de la simple application du froid. On peut s'étonner aussi que le froid qui dépigmente si bien le nævus, le lentigo, etc., repigmente le vitiligo et la pelade. N'y a-t-il pas des méthodes plus simples que la cryothérapie pour traiter la chancrelle ? Quant à la leucoplasie, le froid est parfois complètement inactif. Le lupus érythémateux, depuis la découverte des sels d'or, doit, semble-t-il, être traité autrement que par des moyens qui n'agissent que *loco dolenti*. Il est certain qu'avec la grande expérience que possèdent les auteurs, ils peuvent obtenir des résultats brillants dans ces diverses affections. Mais il serait peut-être imprudent de les suivre.

Même en restreignant les indications de la cryothérapie, son domaine reste étendu. Elle est souvent l'égale d'autres moyens thérapeutiques et, parfois, elle est sans rivale, par exemple, dans les « verrues séborrhéiques ». La cryautère fait partie de l'indispensable outillage du dermatologiste. Le livre de Lortat-Jacob et Solente doit faire partie de sa bibliothèque. Clément Simon.

Hypersensibilités spécifiques dans les affections cutanées. Anaphylaxie. Idiosyncrasie, par Pasteur Vallery-Radot et V. Heimann, un volume de 146 pages, librairie Masson, 25 francs.

J'ai lu d'une traite le livre de P. V.-R. et de son interne. Je n'ai jamais rien vu de plus clair, surtout dans une matière aussi obscure. A la lumière des recherches de Widal et de son école sur le choc hémoclasique (ou colloïdo-clasique), ils éclairent la pathogénie de l'urticaire, de l'œdème de Quincke, et même les dermites artificielles, de l'eczéma, du prurit, du prurigo, du strophulus... Ces diverses affections sont le témoin cutané des perturbations internes dues elles-mêmes à une sensibilisation de l'organisme à l'égard de certaines substances, colloïdes ou cristalloïdes. Cette sensibilisation est acquise et se montre comme un phénomène anaphylactique ; ou bien elle est, ou paraît, spontanée et elle englobe les faits depuis longtemps groupés sous le terme d'idiosyncrasie.

On peut faire, pour une dermatose donnée, la preuve de son caractère anaphylactique ou idiosyncrasique. Les auteurs énumèrent ces preuves dont les plus importantes sont le choc colloïdoclasique avec ses caractéristiques physio-pathologiques et le phénomène de Prausnitz-Küstner.

En somme, la théorie de l'École française est à peu près la même que la théorie allemande. Celle-ci, sans presque prononcer le nom d'anaphylaxie et pas du tout celui de choc hémoclasique, explique tout par l'allergie. Nos maladies par sensibilisation deviennent des maladies allergiques et l'anaphylaxie n'est, disent-ils, qu'un des aspects de l'allergie. On n'y voit pas d'inconvénient. On pourrait même, comme pour les proverbes ou les maximes, retourner la proposition et considérer l'allergie comme un des aspects de l'anaphylaxie. Tous les deux postulent une réaction antigène-anticorps.

Peut-on aller plus loin et se demander pourquoi certains organismes se sensibilisent à l'exclusion de la plupart ? P. V.-R. et V. H. essayent de résoudre ce nouveau problème. Il faut avouer qu'ils y réussissent moins bien. Ils évoquent la « diathèse colloïdoclasique ». De quoi est-elle faite ? Hérédité, troubles endocriniens, infections antérieures, syphilis congénitale, émotions... Après avoir énuméré ces diverses causes, les auteurs ajoutent sagement « qu'il faut reconnaître que bien souvent, on ne peut invoquer aucune de ces causes : l'état colloïdoclasique ne s'explique d'aucune façon ».

La thérapeutique est plus décevante encore. Tous les traitements sont

ici énumérés avec plus de souci de n'en oublier aucun que de faire un choix personnel et critique. Ce chapitre est divisé en deux parties : ou bien on connaît la cause de l'hypersensibilité ou, si l'on préfère, l'antigène ; ou bien on ne le connaît pas. Dans le premier cas, il faut essayer la désensibilisation spécifique par une des nombreuses méthodes de désensibilisation spécifique qu'on pourrait appeler plus justement des méthodes d'accoutumance à l'antigène. Les auteurs en donnent cinq principales...

Quand l'antigène est inconnu il faut essayer les méthodes de désensibilisation non spécifique. Elles sont innombrables, ce qui prouve bien leur fréquente inefficacité. On en trouvera dans l'ouvrage la liste complète.

Enfin, il faut modifier les facteurs adjuvants de la colloïdoclasie en agissant sur l'équilibre vago-sympathique par les agents chimiques, opothérapiques, la saignée, etc...

Ainsi, si l'on entrevoit le mécanisme pathogénique des dermatoses par sensibilisation (ou par allergie), on est loin d'être fixé sur la constitution de l'état allergique (ou anaphylactique) et surtout sur les moyens de le modifier. Il n'en est pas moins vrai que tout un chapitre de la Dermatologie a reçu une lumière nouvelle qui permettra peut-être de dissiper un jour les ténèbres qui l'enveloppaient jusqu'ici. A cette œuvre s'est employé depuis longtemps P. V.-R., déjà entouré d'une pléiade de jeunes collaborateurs, à qui il a su inculquer le goût de la recherche biologique qu'il tient lui-même d'une glorieuse ascendance et d'une illustre collaboration.

Clément Simon.

Quelques dermatoses communes de l'enfance, par A. Boutelier (d'Uriage), 1 vol. in-8° de 232 pages avec figures, librairie Gauthier-Villars et Cie, 30 fr.

A. B., ancien interne de Brocq à l'Hôpital Saint-Louis, a très souvent l'occasion de soigner aux Eaux d'Uriage des enfants atteints de dermatoses diverses.

Il a eu la bonne idée, non d'écrire un traité de dermatologie infantile, mais un opuscule où les maladies de peau les plus fréquentes sont étudiées : les fluxions cutanées chez l'enfant ; les pyodermites chez l'enfant ; le pemphigus épidermique des nouveau-nés et les éruptions bulleuses de l'enfance ; la gale ; les affections du cuir chevelu chez l'enfant.

Le lecteur trouvera dans cet ouvrage consciencieux et personnel non seulement de bonnes descriptions cliniques, mais aussi un formulaire thérapeutique d'une grande clarté.

Clément Simon.

Les assurances sociales, guide à l'usage du corps médical, par O. Crouzon, librairie Masson, 12 francs.

Voici en 123 pages claires et bien pensées tout ce que le médecin doit connaître des assurances sociales. C. a pâli longtemps sur les textes et leurs diverses interprétations, pour nous. Il nous évite un pareil labeur auquel d'ailleurs bien peu sont préparés. Il ne faut pas chercher ici une œuvre de polémique, ni de critique, mais l'exposé d'un mécanisme compliqué, que l'auteur a su démonter et expliquer simplement.

Ce petit livre est indispensable à tous ceux qui auront affaire aux assurances sociales, c'est-à-dire à tous les médecins.

Clément Simon.

Le bouton d'Orient, leishmaniose cutanée et son traitement moderne, par Georges Higoumerakis. Préface du docteur Milian. Librairie Masson, 25 francs.

Nous connaissons mal sous nos climats le bouton d'Orient. Nous le méconnaissons parfois et l'on ne peut en être étonné si on s'en rapporte à ce que dit G. H. du polymorphisme de cette curieuse maladie : formes acnéique, impétigineuse, eczémateuse, rupiasique, furonculeuse, érysipélateuse, formes simulant le lupus érythémateux, le lupus vulgaire, la tuberculose verruqueuse, le chancre syphilitique, les syphilides ulcéro-croûteuses et les gommes syphilitiques, l'épithélioma, le chancre mou et même le psoriasis. Pour nous y reconnaître, il ne faut pas moins que la bonne revue générale de l'auteur et l'étude de 30 cas personnels. D'après lui, le meilleur traitement est la diathermo-coagulation dont il nous donne la technique.

Une importante bibliographie termine cet ouvrage consciencieux qui fait honneur à l'école dermatologique athénienne dont le professeur Photinos est le chef.

Clément Simon.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie — Hôpital Saint-Louis.

Professeur : M. GOUGEROT

COURS DE PERFECTIONNEMENT

Dermatologie et Vénéréologie

sous la direction de M. le Professeur GOUGEROT

Le prochain cours de Dermatologie *aura lieu du 13 avril au 9 mai 1931.*

Le prochain cours de Vénéréologie *aura lieu du 11 mai au 6 juin 1931.*

Le prochain cours de Thérapeutique Dermato-Vénéréologique *aura lieu du 8 juin au 28 juin 1931.*

Un cours de Technique de Laboratoire aura également lieu durant cette période.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 350 fr.

Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours auront lieu au Musée de l'Hôpital Saint-Louis, 40, Rue Bichat, Paris (Xe).

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.) de Physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultra-violets, fisenthérapie, radium), de Thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc...

Le Musée des Moulages est ouvert de 9 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Un certificat pourra être attribué, à la fin des cours, aux auditeurs assidus.

On s'inscrit au Secrétariat de la Faculté de Médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures (On peut s'inscrire par correspondance).

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Dr BURNIER, Hôpital Saint-Louis (Pavillon Bazin).

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

1o Semestre d'hiver : M. Nanta, agrégé libre, fera un cours théorique sur les maladies mycétiques : 6 décembre : généralités sur les mycoses. — 20 décembre 1930 : blastomycoses. — 10 janvier 1931 : actinomycoses. — 24 jan-

vier : aspergilloses. — 7 février : sporotrichoses. — 21 janvier : dermatomycoses. — 7 mars : affections viscérales au cours des teignes. — Les grands syndromes mycosiques : mycétomes. — 25 avril : septicémies mycosiques. — 2 mai : les mycétides.

2° *Institut de sérologie* (Dr Chatellier, directeur adjoint) (construit et entretenu par le ministère de la Santé publique). — La Faculté de médecine de Toulouse délivre un diplôme de sérologie dans les conditions suivantes : Tout étudiant en médecine ayant achevé sa scolarité, tout docteur en médecine peut se faire inscrire L'enseignement comprend : stage, cours, examen.

Le stage commence en fin octobre, et s'achève en juillet de l'année suivante ; il est quotidien, effectif et assidu.

Le cours a lieu pendant toute l'année scolaire : une leçon théorique par semaine.

Les examens ont lieu fin juillet.

Adresse : Hospice de la Grave, Toulouse.

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

DES TRAVAUX ORIGINAUX
RECUEILS DE FAITS ET REVUES GÉNÉRALES

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS DANS CE VOLUME

Les chiffres en caractères **gras** *indiquent les mémoires originaux, les recueils de faits ou les revues générales.*

C

D

H

I

J

M

N

S

T

Y

Z

TABLE ALPHABÉTIQUE ET MÉTHODIQUE DES MATIÈRES (1)

DU TOME PREMIER — SEPTIÈME SÉRIE

1930

DERMATOLOGIE ET VÉNÉRÉOLOGIE

(1) *Les chiffres en caractère* **gras** *indiquent les mémoires originaux.*

D

U

SYPHILIS

I. — GÉNÉRALITÉS

II. — ÉTUDE CLINIQUE

IV. — SYPHILIS NERVEUSE

V. — RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES ET EXPÉRIMENTALES

VI. SÉROLOGIE. SÉRO-RÉACTIONS

VII. — TRAITEMENT DE LA SYPHILIS



Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.